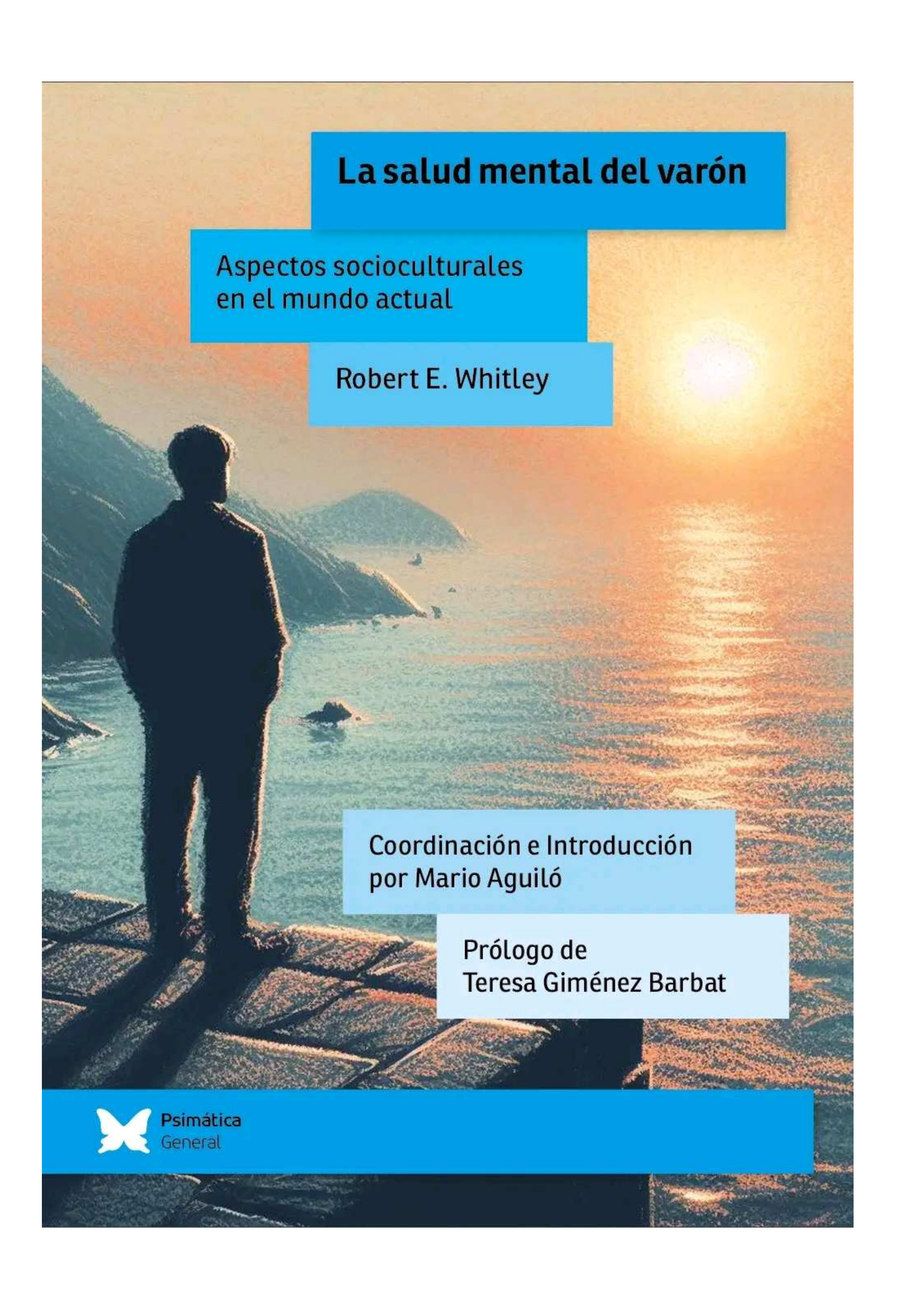

La salud mental del varón
Aspectos socioculturales
en el mundo actual
Robert E. Whitley
Coordinación e Introducción
por Mario Aguiló
Prólogo de
Teresa Giménez Barbat
Psimática
General



Una obra monumental sobre la condición masculina actual

Este libro presenta un examen científico y exhaustivo de la condición del varón en la actual sociedad occidental. Constituye una amplia introducción sobre cómo el entorno sociocultural y político actual condiciona como un factor exógeno la salud mental masculina. El lector encontrará estos temas, entre otros:

- Introducción general sobre la salud mental masculina
- Suicidio
- Abuso de sustancias y adicciones en los varones
- TDAH en los jóvenes
- Depresión masculina
- Infrautilización de los servicios sociales de medicina
- Brecha de género en la educación
- Desempleo y cuestiones laborales
- Vínculos familiares: matrimonio, divorcio

Termina con una reflexión sobre la necesidad de un cambio de paradigma social que desideologice este campo, elimine los estereotipos actuales que inferiorizan a los varones frente a las mujeres y reconozca con objetividad unas problemáticas que afectan a toda la sociedad.

El libro se apoya en una investigación científica exhaustiva, con más de 1200 citas e investigaciones internacionales y constituye la investigación más científica y completa de la condición masculina hasta el momento.

Teresa Giménez Barbat aporta un excelente prólogo. Le sigue como introducción al tema un detallado análisis de la situación actual de la masculinidad en el ámbito hispanohablante a cargo de Mario Aguiló.

Este libro interesará vivamente a los profesionales de la salud general y mental, a sociólogos, políticos, periodistas, investigadores de la sociedad de nuestros días y al público general sensible a las contradicciones que afectan a las relaciones actuales entro los hombres y las mujeres.

Robert E. Whitley: doctor en Medicina, profesor asociado del Departamento de Psiquiatría de la Universidad McGill de Montreal (Quebec, Canadá) e investigador científico del Douglas Research Centre. Miembro honorario, *Honorary Principal Fellow*, de la Universidad de Melbourne y ha tenido nombramientos honorarios en el King's College de Londres, la Facultad de Medicina de Dartmouth (New Hampshire) y la Universidad de Howard (Washington, DC). Ha publicado más de 150 artículos académicos en el campo de la psiquiatría social y cultural y ha escrito más de 100 artículos relacionados con la salud mental para el público no especializado en diversos medios, como *Psychology Today*, *Tercera Cultura*, *Euromind Project* y el *National Post*. También es productor de vídeo y cine y ha producido varios documentales y cortometrajes de ficción relacionados con la salud mental de los hombres, en los idiomas inglés, francés y español, los cuales se han presentado en diversos festivales cinematográficos norteamericanos. Sus investigaciones han recibido apoyo financiero de diversos organismos públicos y privados, como el Canadian Institute of Health Research, el Social Sciences and Humanities Research Council of Canada, el Mental Health Commission of Canada, Veterans Affairs Canada, y The Movember Foundation. Mantiene colaboraciones con investigadores de España, Chile y México, y actualmente es colaborador de investigación del Fonds de recherche du Québec-Santé.





La salud mental de los hombres

Robert E. Whitley

La salud mental del varón

Aspectos socioculturales en el mundo actual





La salud mental del varón. Aspectos socioculturales en el mundo actual
Robert E. Whitley
Prólogo por Mª Teresa Giménez Barbat
Coordinación, Introducción y traducción por Mario Aguiló Rosés

Primera edición: enero de 2024

Traducción al español de la edición en inglés: Men's Issues and Men's Mental Health
by Robert E. Whitley

Maquetación: María Alejandra Domínguez Veracoechea
Imagen de cubierta generada con el generador de imágenes de Bing © María Alejandra Domínguez Veracoechea
ISBN: 978-84-127611-9-1
Depósito legal: M-1153-2024

Psimática Editorial, S.l.
Modesto Lafuente 5, bajo 1
28010, Madrid
Teléfono: +34 625 50 40 90
www.psimatica.com
admin@psimatica.com

Índice

El autor

Robert E. Whitley es doctor en Medicina, profesor asociado del Departamento de Psiquiatría de la Universidad McGill de Montreal (Quebec, Canadá) e investigador científico del Douglas Research Centre.

Whitley es también miembro honorario, *Honorary Principal Fellow,* de la Universidad de Melbourne y ha tenido nombramientos honorarios en el King's College de Londres, la Facultad de Medicina de Dartmouth (New Hampshire) y la Universidad de Howard (Washington, DC). Ha publicado más de 150 artículos académicos en el campo de la psiquiatría social y cultural y ha escrito más de 100 artículos relacionados con la salud mental para el público no especializado en diversos medios, como *Psychology Today, Tercera Cultura, Euromind Project* y el *National Post*. Whitley también es productor de vídeo y cine y ha producido varios documentales y cortometrajes de ficción relacionados con la salud mental de los hombres, en los idiomas inglés, francés y español, los cuales se han presentado en diversos festivales cinematográficos norteamericanos. Sus investigaciones han recibido apoyo financiero de diversos organismos públicos y privados, como del Canadian Institute of Health Research, el Social Sciences and Humanities Research Council of Canada, el Mental Health Commission of Canada, Veterans Affairs Canada, y The

Movember Foundation. Mantiene colaboraciones con investigadores de España, Chile y México, y actualmente es colaborador de investigación del Fonds de recherche du Québec-Santé.

El coordinador, autor de la Introducción y de la traducción

Mario Aguiló es doctor en Ciencias Sociales, consultor y docente universitario. Es también diplomado en Quantitative Methods in Clinical & Public Health Research por la Harvard School of Public Health de la Universidad de Harvard (Boston, Massachusetts).

Ha impulsado y coordinado este proyecto editorial, ha escrito el capítulo introductorio, y ha adaptado y traducido del inglés los textos del libro.

Agradecimientos

Para escribir este libro he contado con la ayuda de varios asistentes de investigación, colaboradores y defensores de la salud que han colaborado de diversas maneras. Entre ellos están Lara Antebi, Victoria Carmichael, Sonora Grimsted, Juliette Careau y Anne-Marie Saucier, cuya ayuda ha sido inestimable a lo largo del proceso de redacción. Les doy las gracias a todas ellas. También me gustaría mostrar mi agradecimiento a la Universidad McGill, que tuvo la amabilidad y cortesía de ofrecerme facilidades para compatibilizar mis obligaciones docentes y administrativas para escribir este libro. Por último, *last but not least*, me gustaría agradecer el prólogo a Teresa Giménez Barbat que nos convocó a reunirnos en Euromind en el Parlamento Europeo, la excelente traducción y la introducción de Mario Aguiló y la publicación por Manuel Esbert en la Editorial Psimática; Mario Aguiló y Manuel Esbert han aportado la motivación, el empuje y su amable, útil y profesional ayuda para llevar esta obra a buen puerto.

Robert E. Whitley

Prólogo
Los *hombres frágiles* de Robert

Teresa Giménez Barbat [1]

"Gifted women, fragile men". Así se llamó el evento que organicé como diputada en Bruselas y que me dio la oportunidad de conocer a Robert Whitley. Y el contrapunto que ofreció a las disertaciones de las otras dos ponentes, Susan Pinker y Elseline Hoeksema, fue memorable. A partir de ahí se iniciaron una serie de colaboraciones entre los dos, y una invitación a hablar de mi trabajo de europarlamentaria en la universidad McGill en Montreal, Québec, que fue todo un honor. Así que agradezco enormemente a mis amigos Manuel Esbert, Mario Aguiló y a la editorial Psimática la ocasión de escribir unas palabras sobre el excelente libro de quien considero un amigo.

Robert Whitley trabaja en el centro de investigación del Douglas Mental Health University Institute y es profesor asociado en la universidad McGill, ambas instituciones en Québec. Sus áreas de especialidad están relacionadas con los problemas de los hombres. En los estudios comparativos entre estos y las mujeres, las estadísticas no sólo revelan numerosas diferencias entre ambos sexos, sino que también ponen de manifiesto las debilidades que afectan al sexo masculino. En la infancia, los niños tienen más

1 Teresa Giménez Barbat es autora de *Contra el feminismo. Todo lo que encuentras odioso de la ideología de género y no te atreves a decir.*

problemas de aprendizaje que las niñas, y un mayor número de ellos tiende a abandonar los estudios. A los adolescentes les cuesta más controlar sus impulsos que a sus compañeras, lo que puede expresarse en una conducta más violenta o en que pongan más a menudo su vida absurdamente en peligro. Los adultos desempeñan también los trabajos más solitarios y arriesgados, lo que se traduce en un índice de muertes laborales mucho mayor.

A Robert le interesa especialmente el estigma de la enfermedad mental en los hombres. En un mundo presuntamente dominado por ellos, nada ilustra mejor la fragilidad masculina que el riesgo de suicidio. Es un acuciante y a menudo silencioso (o silenciado) problema. Las estadísticas sobre autolisis (recordemos que muy superior para hombres que para mujeres) son un claro indicador de esa fragilidad masculina que dio título a aquella conferencia en el Parlamento Europeo. Para poner las cosas en perspectiva, en toda la Unión Europea (UE) se registran cada año 58000 muertes por suicidio, de los cuales 43000 son hombres. La franja de edad de mayor riesgo está entre los 40 y los 60 años, y existen subgrupos particularmente afectados, como los de los homosexuales. Además, en lo que llaman *suicidio lento*, algunas conductas masculinas autodestructivas son difíciles de identificar. Por no mencionar que no disponemos de estadísticas y estudios fiables en buena parte del mundo.

Los psicólogos han identificado diferentes causas que aumentan el riesgo de suicidio en los hombres. El divorcio y la separación, junto a los problemas laborales, figuran entre las principales. Respecto al divorcio y la separación, países con altas tasas en ambos tienden a arrojar altas tasas de suicidio masculino. Por

ejemplo, según Eurostat, Lituania posee la tasa de mortandad por suicidio más alta de todos los países de la UE, con hombres muriendo casi 6 veces más que el número de mujeres. Y es también uno de los países con más divorcios de una Unión Europea, que ha visto como se incrementaba de forma general a lo largo de los cincuenta últimos años. De hecho, también según Eurostat, la tasa bruta de divorcio se dobló entre 1965 y 2011 en países como Dinamarca y Lituania.

El vínculo entre el divorcio y el suicidio se ha atribuido a numerosos factores. Primeramente, a la pérdida de apoyo social y emocional en la ruptura de una familia. En segundo lugar, a sentimientos de vergüenza y estigma que acompañan a menudo al divorcio, especialmente en subculturas religiosas y más tradicionales. Y, en tercer lugar, al tratamiento que conceden los juzgados penales llamados *de familia* a los propios hombres. ¿Pueden ser estos juzgados institucionalmente sexistas, fallando sistemática y sesgadamente en contra de los hombres por motivos ideológicos? No se habla suficientemente de un factor cultural como la *demonización de los hombres*, ubicuo en una cultura popular influenciada por el feminismo radical y ampliada por los medios de comunicación. Lamentablemente, esto también permea en programas políticos e iniciativas legislativas, algunas, debo decir, del propio Parlamento Europeo. El "Informe sobre desigualdad y salud mental", por ejemplo, venía a culpar directamente a los hombres de los trastornos de ansiedad y depresión femeninos.

Según Robert Whitley, el suicidio masculino es hoy una epidemia *pan-nacional* que debería obligarnos a repensar la función de los servicios sociales y clínicos. Necesitamos sacudirnos

ciertas ideas impuestas y fuera de la realidad para que estos servicios estén mejor adaptados a las necesidades específicas de los hombres. Y, cómo no, concienciar a los políticos para que favorezcan estrategias locales, nacionales y globales que mejoren la sensibilización, prevención y tratamiento de este terrible problema.

Prefacio

Robert Whitley

Existe un interés creciente por el campo de la salud mental de los hombres. Este campo en desarrollo se basa en los hallazgos epidemiológicos de que los hombres experimentan tasas elevadas diferenciales de ciertos problemas de salud mental en comparación con las mujeres. Así, por ejemplo, las investigaciones muestran sistemáticamente que del total de suicidios consumados en los países occidentales, en el caso de los varones representa alrededor del 75% al 80% de los mismos. De igual manera, las tasas de trastornos por consumo de sustancias son significativamente más elevadas en los hombres, siendo en este sexo alrededor de tres de cada cuatro casos. Las estadísticas recientes indican que de las muertes por sobredosis relacionadas con opioides, los hombres representan alrededor del 70%. Por otra parte, los hombres todavía tienden a infrautilizar los servicios de salud mental, con cifras que indican que representan alrededor del 30% de los usuarios de tales servicios. Todo esto ha llevado a investigadores, comentaristas y periodistas a describir los problemas de salud mental de los hombres (y el suicidio masculino, en particular) bajo una ominosa terminología: una *epidemia silenciosa*, *una crisis invisible*, *una catástrofe silenciosa* y *una brecha de género que constituye ya una cuestión de vida o muerte*.

Al mismo tiempo, viene existiendo una creciente preocupación por el estado general y el bienestar de los hombres y los niños en las sociedades occidentales. Estas preocupaciones vienen recogidas en recientes libros populares sobre el tema, como por ejemplo *Men on Strike* de Helen Smith, *The Boy Crisis* de Warren Farrell y John Gray, así como *Man Interrupted* de Philip Zimbardo y Nikita Coulombe. Estos libros coinciden en su línea argumental en que un gran número de hombres y niños están sufriendo silenciosamente en el entorno social, con poca respuesta o empatía de las instituciones oficiales o del público en general. Esto ha llevado al utilizar el término *Men's Issues* (asuntos de varones), un concepto indefinido que se refiere a los problemas sufridos en mucha mayor proporción por los hombres, como son la falta de vivienda, la encarcelación y los problemas de salud mental antes mencionados. El examen de los problemas de los hombres implica también situar el foco del análisis en los patrones y tendencias dentro de varios ámbitos estructurales de la sociedad, como son el sistema educativo, el sector laboral y la familia, para evaluar el efecto que esos ámbitos producen en los varones.

Este libro intenta fusionar estos dos campos emergentes a través de una exhaustiva, rigurosa y minuciosa evaluación de la evidencia científica relacionada con la salud mental y los problemas específicos de la vida de los hombres. Esto implica la integración de observaciones obtenidas en diversos campos, incluyendo la psiquiatría, la psicología, la salud pública, la epidemiología y la sociología. Desde mi punto de vista, se trata del primer libro que intenta sintetizar con rigor los hallazgos científicos de estas diversas disciplinas para comprender mejor los problemas y la salud

mental de los varones. Es mi intención ampliar y enriquecer los trabajos existentes sobre la cuestión, evitando un enfoque estrecho en cualquier disciplina o concepto singular, en lugar de examinar el contexto social y las tendencias culturales más amplias.

En el anhelo de perseguir este objetivo, he podido aprovechar mi larga experiencia dirigiendo investigaciones sobre la salud mental de la mujer. Ese fue el foco de mi investigación durante muchos años, lo que ha dado lugar a trabajos publicados en revistas de notable difusión como *Archives of Women's Mental Health; Social Science & Medicine* y *Culture, o Medicine & Psychiatry*. Esta investigación se llevó a cabo en diversos lugares, incluyendo barrios de población inmigrante de Montreal (Quebec), barrios de afroamericanos de Washington, DC, de Kingston (Jamaica) y de zonas rurales de Etiopía. Mientras realizaba tales investigaciones, las participantes de la investigación me abordaban frecuentemente preguntándome "¿y qué estás haciendo por nuestros hombres?" y "nos hemos olvidado de los chicos de aquí". Al mismo tiempo, varias alumnas de mis clases comenzaron a hacer comentarios similares, e incluso una de ellas me animó a seguir mi interés sobre la salud mental de los hombres, escribiéndome un correo electrónico en el que decía:

> "Tengo un padre increíble que trabajó muy duro para darles a todos sus hijos la misma educación privada, independientemente de su sexo. Tengo un novio magnífico que no hace más que animarme a tener éxito, y a lo largo de mi educación he tenido algunos grandes maestros, hombres que han compartido conmigo su conocimiento y educación, ayudándome

a mejorar mi futuro. Como alguien que se preocupa genuinamente por los hombres y su salud mental, fue muy interesante escuchar algo positivo y desde una perspectiva diferente a la lectura actual...”

Más recientemente, me han contactado viudas, madres, esposas, hijas y otras mujeres con preocupaciones acerca de la salud mental de los hombres, así como por una variedad de estos de todo el mundo que se han visto a sí mismos o a sus seres queridos atravesando por problemas de salud mental. Sus preocupaciones colectivas me llevaron a reenfocar mis estudios en la salud mental de los varones y me impulsaron a escribir este libro que intenta rellenar una brecha significativa en la literatura a través de una visión general e integral de los problemas y salud mental masculina.

A pesar de que este libro está dirigido principalmente a investigadores, clínicos, académicos, estudiantes de posgrado y otras personas que trabajan en campos relacionados con la salud mental de los hombres, gran parte del material aportado puede ser leído y entendido fácilmente por lectores no especializados en la cuestión. Esto significa que el libro es accesible a hombres y mujeres que pueden carecer de conocimientos en ciencias de la salud mental, pero que se sienten motivados a informarse sobre las cuestiones fundamentales. Esto incluye a quienes trabajan en la primera línea de fuego para ayudar a hombres y niños como son los maestros, trabajadores sociales, personal religioso, entrenadores deportivos y fuerzas del orden. De hecho, espero que el libro sea útil para todos los que se interesen en estas cuestiones.

Introducción

Mario Aguiló

1. Génesis de esta obra. El proyecto Euromind

En marzo de 2017 el Proyecto Euromind, concebido en el seno del Parlamento Europeo acogió en su sede de Bruselas una sesión monográfica bajo el sugerente título *Mujeres fuertes, hombres frágiles*. El Proyecto Euromind fue una iniciativa gestada por la eurodiputada Teresa Giménez-Barbat, con la misión y vocación de ser un enlace entre la ciencia y las decisiones políticas, una tribuna para propiciar el diálogo entre aquellas sobre fronteras del conocimiento y con potencial para transformar la sociedad. Euromind se creó como un foro de encuentros permanente sobre ciencia y humanismo.

El doctor Robert Whitley, junto con la psicóloga evolutiva Susan Pinker y la neurocientífica Elseline Hoekzema, fue uno de los ponentes que aportó en aquel foro su conocimiento y experiencia investigadora a lo largo del tiempo acerca del estudio en el campo de las diferencias entre sexos y su trascendencia en muy diversas cuestiones, biológicas, clínicas, sociales y culturales[2].

En aquella disertación magistral, el Dr. Whitley ofreció datos científicamente avalados en contraste con el *mainstream*

---

2 *Euromind project*. Mujeres fuertes, hombres frágiles. Marzo de 2017. Bruselas. Parlamento Europeo. https://euromind.global/es/mujeres-fuertes-hombres-fragiles/

sociopolítico actual acerca del *género* en los tiempos presentes, donde desde los más variados ámbitos del espectro social, entre ellos desde los *mass media,* se escucha hablar de forma incesante y sin reparos de términos con connotaciones tan peyorativas como *masculinidad tóxica* o, aún peor si cabe, de *desechabilidad masculina.* Y aquella magnífica exposición fue la semilla fecunda de este proyecto editorial[3]. Como diría el gran poeta brasileño Vinicius de Moraes, la vida es el arte del encuentro, y en este proyecto nos hemos reencontrado a través de este producto final a disposición del lector, los protagonistas que coincidimos y nos conocimos en aquella enriquecedora jornada: Robert Whitley lo escribe, Teresa G. Barbat lo prologa, yo lo traduzco y aporto la introducción y Manuel Esbert lo publica en Psimática Editorial.

Whitley viene desarrollando su actividad profesional investigadora principalmente tanto como profesor de psiquiatría en la McGill University de Montreal como en el Douglas Research Centre desde hace más de veinte años. Investiga la salud mental y contribuye a generar conocimiento científico con el objetivo de ayudar a las personas con dificultades en ese campo. Whitley tiene en su haber más de 150 publicaciones académicas, diversas producciones en video y ahora aporta al acervo científico de la psiquiatría esta obra que el lector tiene entre sus manos, producto final de aquel encuentro en la sede parlamentaria de Bruselas, para ser compartida y difundida a lo largo del vasto ámbito lingüístico iberoamericano.

3 Whitley, R. (2017). Suicide in Men: A Pan-national Epidemic. *Euromind Project.* Mujeres fuertes, hombres frágiles. Ponencia en el Parlamento Europeo. Bruselas. Marzo 2017. https://www.youtube.com/watch?v=ra2JAZq5sR0

2. Contexto sociocultural del libro

Más allá del ancestral modelo biomédico y partiendo del modelo biopsicosocial holístico e integrador sobre la salud como síntesis de una diversidad de procesos biológicos, psicológicos y sociales profundamente imbricados entre sí, la salud mental es un aspecto de la vida que no solo tiene relación con las ciencias de la salud, sino también con otras disciplinas como pueden ser la sociología, la economía, la antropología, la filosofía moral o la ciencia política; y, a su vez, todas ellas se relacionan con los factores contextuales de salud comunitaria en los que se produce la vida, la enfermedad y finalmente, la extinción física del ser humano.

Este libro no solo está dirigido a lectores con interés profesional en los ámbitos específicos de las ciencias de la salud o las ciencias sociales, sino a todo el público general que tenga interés en profundizar en una visión y enfoque argumental diferente del que habitualmente ofrecen en los últimos tiempos los medios de comunicación audiovisual masivos, especialmente con la llamada *narrativa de género*.

En esta obra sobre salud pública, que versa acerca de la salud mental del varón se sitúa el foco de estudio en su contexto sociocultural, en la influencia y condicionamientos específicos que éste ejerce sobre el sexo masculino por la circunstancia azarosa de haber nacido bajo la configuración cromosómica que determina su sexo.

En la vida social puede encontrar el ser humano a lo largo del desarrollo de su ciclo vital su realización existencial, pero también una honda frustración de sus expectativas vitales e incluso la causa de una misantropía adquirida que puede ir desde una ligera

aversión a la sociedad hasta, en los casos más graves, a trastornos disociativos y a la propia destrucción y extinción autolítica. A lo largo de la historia y la literatura universal se encuentran casos paradigmáticos tan variados de *desesperanza lúcida* en el ser humano como los de Sócrates[4], Céline[5], Thoreau[6], Hobbes[7], Schopenhauer[8], Adorno[9] o Machado[10].

El ser humano es un ser social por naturaleza pero que libra en su psique y su espíritu una batalla entre la pertenencia a una comunidad y su propia individuación y autodeterminación personal; de algún modo una batalla entre su conciencia individual autónoma y el inconsciente colectivo que se le filtra

4 "Por esta razón, en ningún momento la señal divina me ha detenido y, por eso, no me irrito mucho con los que me han condenado ni con los acusadores. No obstante, ellos no me condenaron ni acusaron con esta idea, sino creyendo que me hacían daño". *Apología de Sócrates*. Platón. 399 a.C.

5 "Os lo advierto: cuando los grandes de este mundo empiezan a amaros es porque van a convertiros en carne de cañón" L.F. Céline (2008). *Viaje al fin de la noche*.

6 "Yo había ido a los bosques con otros propósitos. Pero, donde quiera que uno vaya, los hombres le perseguirán y sacudirán con sus sucias instituciones". H.D. Thoreau (1849). *Desobediencia civil y otros escritos*.

7 "El hombre es un lobo para el hombre". Hobbes (1651). *Leviatán*. Extraída de la obra dramática Asinaria de Plauto (250-184 a.C.).

8 "Los animales se devoran unos a otros, los seres civilizados se traicionan mututamente: a esto llamámos el curso del mundo. Schopenhauer, A. *Spicilegia: Philosophische Notizen aus dem Nachlass*.

9 "Nach Auschwitz ein Gedicht zu schreiben, ist barbarisch": es un acto de barbarie escribir poesía después de Auschwitz. T. Adorno (1969). *Prismem. Kulturkritik und Gesellschaft. Suhrkamp*

10 "Españolito que vienes al mundo te guarde Dios. Una de las dos Españas, ha de helarte el corazón". A. Machado (2006). *Campos de Castilla*.

por sus fisuras sensoriales desde el exterior. El ser humano es *un ser arrojado al mundo*[11], un alma que emerge en el mar de la vida, a veces de tanta belleza y otras de tanta brutalidad y que a lo largo de su existencia se debate entre el egoísmo de la autoconservación y el altruismo y la solidaridad (fraterna o interesada) de la cooperación, ambos en tensión dialéctica constante hasta el momento final de la extinción de su vida biológica.

Nacer varón o mujer es un hecho biológicamente aleatorio pero que a su vez el contexto social y cultural imprime condicionantes específicos en el individuo. En el caso concreto del varón, según Daniel Jiménez, sus problemas se excluyen del discurso político mediante tres vías principales: restándoles visibilidad, relegándolos a una categoría no específica de género o bien limitándolos a problemáticas internas[12].

Esta progresiva y acentuada desvalorización y menosprecio social por lo masculino corre paralela a un creciente ensalzamiento, sobrerrepresentación y adulación cansina de la figura de la mujer y de lo femenino; así como de la figura masculina se remarcan y hacen sobresalir sus defectos, opacando a la vez sus virtudes, de la figura femenina se realzan sus virtudes y se resta importancia o se difuminan misericordiosamente sus defectos. El varón como manojo de defectos y la mujer como cúmulo de virtudes, algo verdaderamente esteriotipante y de un reduccio-

11 Heidegger (2011). *Tiempo y ser.* Tecnos.

12 Jiménez, D. (2019). La deshumanizacion del varón. Pasado, presente y futuro del sexo masculino. p.225

nismo y simpleza esperpénticos, insostenible además desde un punto vista tanto ético como estético.

Pese a los discursos sociales habituales de inclusividad, paradójicamente se trata a las relaciones entre sexos como un verdadero *juego de suma cero*, que en lugar de buscar la complementariedad y las sinergias entre sexos se busca el enfrentamiento y la exclusión social, atribuyendo nuevos derechos a un sexo a costa de disminuir los derechos del otro.

Los antecedentes se sitúan en las facultades de ciencias sociales de las universidades norteamericanas, que han transcendido a la política y han saltado al otro lado del océano. La orientación sexual del individuo ha pasado de ser una cuestión privada, de su esfera más íntima y personal, a una cuestión colectiva, de Estado, quedando de esta forma el individuo sujeto a una forma nueva de control de sus opiniones y comportamiento. Lo que antes era cuestión de ética, de buena educación y civismo ahora ha pasado a normativizarse, mediante su inscripción en el ámbito de la ley.

A través del entorno político, por absorción de ideologías del mundo académico, se viene buscando ya no una igualdad entre sexos, preexistente en los ordenamientos jurídicos del mundo moderno civilizado, sino una diferencia ventajista. De hecho, los entornos jurídicos lejos de buscar la igualdad vienen promoviendo la discriminación, surgiendo términos tan rocambolescos y contradictorios como el oxímoron *discriminación positiva*, o bien *perspectiva de género*, otorgando diferentes derechos y obligaciones civiles para las mismas situaciones, en función del sexo de la persona. En la España actual una investigación jurídica detecta

496 legislaciones oficiales que privilegian a las mujeres frente a los hombres, convertidos en ciudadanos de segunda clase[13].

En la actualidad asistimos al caos terminológico de identidades personales teniendo como único parámetro existencial la sexualidad del individuo, lo que puede denotar un determinado grado de pobreza espiritual y una concepción empobrecida de la vida humana. La sexualidad, como principal dimensión de la vida y detrás de ella el hedonismo y la búsqueda del placer como objetivo central y narcisista de la vida, difícilmente compatible como criterio de estructuración, cohesión y armonía vertebradora de una sociedad humana. Y esta obsesión por la identidad sexual coexiste con una moral de intensidad victoriana ligada a la prohibición, a una filosofía de la sospecha y al encarnizamiento social y la cancelación con aquellos que, en ejercicio de su libertad, la cuestionan.

Bajo el término *género*[14], deslindado del de *sexo* en función de la fisiología reproductiva de la persona, se viene creando toda una miríada de varias decenas de posibilidades de etiquetar e identificar a los seres humanos, básicamente en función de su orientación, apetencias (incluso inapetencias) sexuales y autopercepción al respecto[15]. Es llamativo que incluso la propia la OMS

13 https://diferenciaslegaleshombremujerenespana.law.blog/

14 El vocablo *género* en el diccionario de la Real Academia ya ha pasado a contemplar en su última edición esa acepción como: "grupo al que pertenecen los seres humanos de cada sexo, entendido éste desde un punto de vista sociocultural en lugar de exclusivamente biológico."

15 La lista puede ser interminable: heterosexual, homosexual, intersexual, asexual, queer, transgénero y un largo etcétera.

indique que estas autopercepciones identitarias sexuales pueden cambiar con el tiempo y el lugar[16].

La universidad y en especial sus facultades de ciencias sociales, ha dejado de ser lugar de búsqueda de la verdad machadiana a través del conocimiento, de la investigación, de libertad y debate de ideas contrapuestas y ha pasado a ser lugar de dogmas, de prohibición de debate, de censura y violencia moralista y de eventuales escraches de ofendidos a la par que ofensores con aquellos que no comulgan con las ideas del *mainstream* del *género*.

La actual denigración y demonización pública de los varones por el mero hecho de serlo (un hecho genético, aleatorio y por tanto independiente de la voluntad de la persona) y en definitiva la culpabilización y criminalización de un determinado grupo social, es síntoma de un malestar social que suele tomar forma siempre en algún tipo de chivo expiatorio de todos los males de la sociedad. Y es también un reflejo de la erosión de la cohesión social y de los valores humanos integradores, verdaderamente inclusivos y comúnmente aceptados de esa sociedad y de la disrupción, entre otros, de los sistemas de bienestar social.

Una sociedad que bajo pulsión *tanática* se autofagocita al tender una trampa sobre sí misma, segregando a su población, y estableciendo etiquetas morales de buenos y malos ciudadanos bajo ideologías o *perspectivas* de género, al destinar recursos, atención pública y consideración social en función de, meramente, un rasgo genético. El escenario recuerda y trae al presente a tantos episodios oscuros de tiempos pretéritos de la his-

16 https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender

toria de la humanidad donde también con la justificación de la creación de una sociedad mejor se ha venido etiquetando como *enemigos del pueblo* a aquellos que no compartían determinados rasgos o perspectivas raciales, biológicas o ideológicas. No en vano es posible también sostener un enfoque interpretativo de la historia de la humanidad como la historia de la tensión entre la cultura y la barbarie, la lucha y persecución de unos grupos humanos sobre otros. Adorno y Horkheimer, de la Escuela de Frankfurt, estudiaron las causas del antisemitismo en la Alemania de los años treinta. Atribuyeron la razón más honda de su existencia a una proyección equivocada de los impulsos reprimidos de las masas sobre aquellos que eran considerados distintos y que representan un peligro para el orden social establecido o el que se desea establecer.

La deshumanización del varón, o incluso su demonización, es síntoma de una desestructuración social: la creación de una tendencia de aversión, sospecha larvada y demonización sobre lo masculino a la vez que un ensalzamiento y el victimismo a toda hora y todo lugar de lo femenino, cuando ambos géneros, complementarios, sinérgicos[17] y mutuamente enriquecibles son igual de importantes para la existencia, para el mantenimiento de la

---

17 Autores como Nuria Chinchilla aluden al término *feminismo sinérgico* atendiendo a las sinergias que surgen cuando mujeres y hombres cooperan y trabajan juntos en el hogar, en las organizaciones y en la sociedad en general. Un feminismo enriquecido que pivotando sobre las diferencias entre ambos sexos tiene un efecto multiplicador social para construir un mundo mejor. Chinchilla, N., Grau, M. y Moreno, C. (2021). Feminismo sinérgico: una primera aproximación, pp.63-71, en Delgado, J.J. (coord.) *Sexo, género y violencia. Dykinson*.

vida y de una organización social armónica y saludable, de un verdadero Estado social y democrático de Derecho.

Esta deshumanización del varón percute sobre él como individuo, sumándose como factor de riesgo en la contribución a un eventual deterioro de su salud mental. El hombre maltratado, ya denunciado hace cincuenta años por Esther Vilar en la paradigmática y controvertida obra *El varón domado*[18] (lo que le supuso no pocas amenazas de muerte), sigue constituyendo un tabú social frente al mito de la masculinidad hegemónica, mito anacrónico y caduco en sociedades occidentales hace ya muchas décadas, pero que en los últimos tiempos vuelve con mayor fuerza. El negacionismo de la vulnerabilidad masculina constituye, además de una estigmatización y maltrato social, todo un *bucle machista* o *retromachismo* que se retroalimenta en tanto que de forma implícita reafirma y sigue apelando al estereotipo de hombre duro, selvático, testosterónico, de conducta animal y sentimientos e instintos primarios. Un estereotipo instrumentalizado y llevado interesadamente por el paroxismo político de la izquierda y asumido y replicado como estrategia electoral por la derecha a términos de indigente moral bajo la creación *ad hoc* de una etiqueta estigmatizadora: el varón como presunto opresor sistemático, *maltratador* en potencia del sexo opuesto.

Y ante todo, este es un libro con un propósito firme: poner de manifiesto las grandes carencias que los varones presentan tanto en su asistencia como en su consideración de vulnerabilidad, como todo ser humano. Más allá de esto, pretende aportar al

18 Vilar, E. (1973). *El varón domado.* Grijalbo.

acervo científico un granito de arena para contribuir a disolver el enfrentamiento entre sexos, disolver las creencias producto de la ideología en lugar de la evidencia científica rigurosa, siempre sometida ésta a su cuestionamiento y revisión.

3. Propósito y sentido vital

A lo largo del libro aparece en diversas ocasiones de forma subyacente lo que probablemente sea el eje más profundo y estructural que guía toda esta obra y en torno al que gira ontológicamente la existencia humana, el *propósito* y *sentido vital*, la búsqueda del sentido existencial, luz en la oscuridad del misterio de la vida y motor de toda acción y esperanza del ser. En cierto modo, en ese eje fundamental, en Whitley resuena el eco referencial del psiquiatra y neurólogo austriaco Viktor Frankl en su conocida obra *El hombre en busca de sentido* donde relata su terrible experiencia de supervivencia en el *lager*, el campo de concentración de Auschwitz. Frankl, quien como médico joven protagonizó en su momento controversias con las autoridades del momento como Freud y Adler, relata así cual fue su propósito vital para sobrevivir en aquellas condiciones deshumanizantes:

> "Comprendí que un hombre despojado de todo todavía puede conocer la felicidad —aunque solo sea por un instante— si contempla al ser amado […] el hombre es capaz de realizarse en la contemplación amorosa de la imagen de la persona amada. (p. 69) […] El guardia pasaba junto a mí

> y me insultaba, pero yo seguía hablando con mi amada. La sentía a mi lado cada vez con mayor intensidad. Tenía la sensación de que podía tocarla, que si extendía la mano alcanzaría la suya" (p. 72)[19].

Frankl, ya en los años 80 del pasado siglo, hablaba del creciente vacío existencial que observaba en muchos de sus pacientes, sobre todo en la juventud y que "traspasaba las fronteras de los sistemas sociales capitalista y socialista"[20]. Esto lo comentaba en 1980 apenas unos pocos años antes de la caída del Muro de Berlín y del bloque comunista soviético y de la influencia de este hecho histórico como propagación del nihilismo y del progresivo auge de las mesiánicas religiones laicas actuales, como el movimiento *woke*.

Para Frankl las consecuencias del vacío existencial no son solo el conformismo y el totalitarismo sino también el neuroticismo. Las neurosis *noógenas*, que más que una enfermedad mental tratan de una pobreza espiritual, a menudo consecuencia de una profunda sensación de falta de sentido[21]. La experiencia, según Frankl, indica que el sufrimiento es parte sustancial de la vida, como el destino y la muerte[22] y aboga en la posibilidad de encontrar un sentido incluso en el sufrimiento: "El sufrimiento humano actúa como un gas en una cámara vacía; el gas se expande por

19 Frankl. V. (2015). *El hombre en busca de sentido.* Herder. Barcelona.

20 Frankl. V. (1983). *La psicoterapia al alcance de todos*. Herder. Barcelona. p.17.

21 *Ibidem*, p.18

22 Frankl V. (2015), op.cit. p.96

completo [...] análogamente, el sufrimiento sea fuerte o débil, ocupa el alma y toda la conciencia del hombre"[23].

Whitley, como Frankl, se plantea cuestiones que, si bien tienen unas derivadas de naturaleza clínica, poseen un indudable y fundamental componente filosófico, sociológico, antropológico y espiritual también, procurando una amplia visión biopsicosocial, holística y humanística de la enfermedad mental y de la psiquiatría. En su aproximación al tratamiento de la recuperación de la patología mental, enarbola un modelo de dimensiones contextuales[24] donde integra además de las dimensiones clínica, funcional, física y social, una dimensión existencial. En esta dimensión se encuentran, entre otros, indicadores como el bienestar emocional y espiritual y el sentimiento de esperanza.

De forma análoga a Frankl, atendiendo y apoyando en el pasado siglo a pacientes judíos en momentos en que ya se destruían sinagogas y se deportaba a la población judía, Whitley se viene ocupando en los últimos años de la investigación sobre la salud mental de un grupo humano actualmente minusvalorado, por no decir defenestrado y maltratado socialmente en las sociedades occidentales donde se viene produciendo una creciente ola tsunámica androfóbica: el varón. Tal y como comenta en su introducción, después de llevar tiempo dirigiendo investigaciones sobre la salud mental de la mujer, ante las sugerencias y preguntas de las participantes femeninas en aquellas así como de algunas de

23 *Ibidem*, p.75

24 Whitley y Drake, 2010, Recovery: A Dimensional Approach. *Psychiatric Services* 61: 1248-50.

sus alumnas acerca del olvido de la salud mental de los varones, en un acceso de receptividad y reconocimiento de la escasa dedicación en la literatura académica a tal cuestión, Whitley reenfocó sus estudios hacia la salud mental del varón.

4. Raíces del desprestigio sociocultural del varón. Antecedentes históricos

Como en tantos otros fenómenos sociohistóricos, es difícil situar los antecedentes más remotos del desprestigio actual de la masculinidad. Algunos autores sitúan los antecedentes más remotos del comienzo de este enfrentamiento en la Escuela de Frankfurt o posteriormente en la aparición del pensamiento posmoderno, mientras que otros sitúan el peso de los antecedentes en la caída del Muro de Berlín y del bloque soviético. Como en tantos fenómenos sociales, es difícil atribuir con prudencia a un hecho o varios en concreto su origen, pero parece innegable la contribución de los hechos citados a la situación actual. En todo caso, parece que los tres hechos han contribuido de forma consecutiva en el tiempo a ese demérito de la condición masculina.

Ante la subida de Hitler al poder, los investigadores sociales miembros fundadores de la Escuela de Frankfurt se ven obligados a exiliarse de Alemania a final de los años 30, tanto por sus ideas como por su origen judío. Su *teoría crítica* consiste en un método de análisis de la sociedad capitalista basado en una reinterpretación no dogmática del marxismo. El grupo asiste a la destrucción de lo que había sido el espíritu de la Ilustración y

dado paso a la modernidad. Critican como una gran racionalidad científico-técnica había llevado a la humanidad a través de un supuesto progreso a la mayor de las barbaries, a través de dos guerras mundiales[25].

En los años 60 el pensamiento posmoderno se presenta como un proyecto de liquidación de los principales dogmas en los que se sustentaba la modernidad: la razón, la verdad o el sujeto. Existe un descontento social por el eco de las dos guerras mundiales, el marxismo y los valores a los que ha llevado la modernidad. Existe un escepticismo sobre la realidad objetiva: el conocimiento válido no solo depende de la razón, sino que hay otros saberes relevantes que se apartan de la razón y la lógica, se considera el lenguaje en sí como creador de conocimiento. Esto dará lugar a la creación del vocablo *posverdad* como distorsión deliberada de la realidad, que manipula creencias y emociones con el fin de influir en la opinión pública y en actitudes sociales; la *deconstrucción* derridiana.

Es en ese entorno del pensamiento social en que se produce la revolución de los estudiantes del mayo del 68, una revolución con la instauración de una filosofía de la sospecha, contra la cultura occidental, contra los valores de aquella sociedad de posguerra y una negación de la estructuras del pasado, entre ellas la familia y dentro de ella la figura del padre, la religión y toda jerarquía, como estructuras e identidades que constituían un pasado con el que era preciso acabar. Para Anatrella fue una revuelta contra el padre y todo lo que él representa, pudiéndose

25 Walter Benjamin escribe en *Sobre el concepto de historia* (1940) que "no existe documento de la cultura que no le sea a su vez de la barbarie".

leer en los muros de París las pintadas: "los enemigos de mi padre son mis amigos"[26].

Para María Calvo, desde ese momento y hasta el presente, la sociedad ha desprovisto de valor a la función paterna, al ser ninguneada y cuestionada su autoridad moral. Añade que las mujeres prescinden de ella de forma manifiesta, lo que provoca que los hijos pierdan absolutamente el respeto a su padre. En estas circunstancias, cuando el padre no es significativo para la madre, el niño lo percibe y él mismo se coloca en su lugar convirtiendo la función paterna en inexistente[27].

En 1985 la URSS emprende un camino de reformas estructurales de su sistema económico con su nuevo líder político Mijail Gorvachov. En 1989 cae el Muro de Berlín y en 1991 se produce el desmembramiento de la URSS y por tanto el fin de comunismo soviético. La lucha de clases obrera propugnada por el marxismo acentúa su declive rendida a los cantos de sirena de la economía de mercado. En consecuencia, la Guerra Fría había concluido y con ella el último mito del comunismo, de ahí la célebre frase de Fukuyama de haberse llegado *al final de la historia*[28], por el final de una lucha de ideologías que ha terminado en una democracia liberal, como escenario teórico final del fin de las guerras y las revoluciones sangrientas.

A partir de esa coyuntura política, las corrientes socialdemócratas y los partidos socialistas y comunistas de todo el mundo,

26 Anatrella, T. (2008). *La diferencia prohibida. Sexualidad, educación y violencia. La herencia de mayo de 1968*. Encuentro.

27 Calvo, M. (2011). *La masculinidad robada*. Almuzara.

28 Fukuyama, F. (1989). ¿El fin de la historia? *The National Interest*.

con su eje ideológico erosionado por tal hecho y el creciente auge de la mundialización o globalización, un proceso económico, tecnológico, político, social y cultural gran catalizador del liberalismo económico, necesitan reinventarse ideológicamente. Teniendo como objetivo la supervivencia, existe un abandono reactivo de la lucha de clases obrera y buscan nuevos elementos con los que reinventarse y sustentarse en el poder. Y así se recuperan las teorías de Herbert Marcuse (filósofo de la primera generación de la Escuela de Frankfurt) respecto a las identidades sociales[29]. Existen autores como Alain Touraine que hablan de un postsocialismo que intenta atraer para sí, como nueva izquierda y ser representante político de todos aquellos colectivos que hayan sido oprimidos alguna vez[30], entre ellos: mujeres, minorías sexuales, etnias, o inmigrantes y sus respectivos movimientos sociales, grupos antisistema, asociaciones de gays y lesbianas (actualmente grupos LGTBIQ+) y el feminismo radical de género, que encontró en el vacío de ideologías un hueco para hacer su *revolución pendiente*[31].

Para el psiquiatra Pablo Malo, el victimismo es una forma de atraer simpatías, y ser víctima confiere un estatus moral más elevado (a la vez que se rebaja el estatus moral del ofensor) de manera que se produce así una espiral de competencia, un *victi-*

---

29 "Sólo gracias a aquellos sin esperanza nos es dada la esperanza". Marcuse, H. (1972). *El hombre unidimensional: ensayo sobre la ideología de la sociedad industrial avanzada*. Seix Barral. Barcelona.

30 Quintana, M.A. (2019). Lo que la derecha no entiende de la izquierda actual. *TheObjective*. https://theobjective.com/elsubjetivo/opinion/2019-07-18/lo-que-la-derecha-no-entiende-de-la-izquierda-actual/

31 Díaz-Herrera, J. (2006). *El varón castrado. Verdades y mentiras de la violencia doméstica en España*. Planeta. Barcelona.

mismo competitivo para ver quién es más víctima. Se habla de las *Olimpiadas de la opresión* como del proceso por el que se determina quién es la persona o grupo más oprimido en función de la raza, el género, la orientación sexual, etc.[32] y de las relaciones o correlaciones entre esas etiquetas de identidades sociales, en lo que se denominan *interseccionalidades*.

Y he aquí el varón, y su representación social también como padre en potencia, probablemente por su estoicismo como rasgo de su carácter, que queda fuera de ese terreno de juego sociopolítico, fuera de esos movimientos y su neutralidad o pasividad lo ha hecho objeto de animadversión, de antagonista perfecto en tanto que débil que no reacciona para labrarse una identidad propia, ante aquello de que no se puede tener una si no es en contra de alguien. La ausencia de un enemigo exterior lleva a crear uno fabulado, atribuyendo los males de la sociedad y en especial de las mujeres, a un supuesto patriarcado opresor.

En la presente obra se tratan distintos aspectos que configuran e inciden en la salud mental del varón, en términos heideggerianos, *arrojado al mundo* del siglo xxi, unos tiempos *líquidos* de cambios tecnológicos y económicos vertiginosos como en ninguna otra etapa anterior de la historia, que presionan sobre las estructuras sociales y por ende sobre el individuo y su circunstancia. Un salto hacia adelante en la posmodernidad y en el turbio e inquietante abandono de la razón y la ciencia como instrumentos de aproximación objetiva y común a la realidad; un salto hacia

32 Malo, P. (2021). *Los peligros de la moralidad. Por qué la moral es una amenaza para las sociedades del siglo xxi*. Deusto. Barcelona. p.206

el relativismo y la subjetividad y al refugio del individuo en las adversariales políticas de identidades que lejos de unir, enfrentan a grupos sociales y distintas formas de pensamiento y cosmovisiones personales sobre la existencia.

5. Enfrentamiento social intra-grupo. La ideología de género como vector del odio

El ser humano, ante la vastedad y complejidad de la existencia, se enfrenta ante la necesidad de etiquetar para poder asumir esa complejidad y adaptarla interpretativamente de forma asequible a los límites de su cognición.

Whitley habla de que una de las manifestaciones comunes de los estereotipos de género sesgados es la conocida dicotomía de la *mujer como víctima y el hombre como villano*, como perverso, en la que con frecuencia se presenta a los hombres como amenazas para el orden social y a las mujeres como víctimas pasivas indefensas, independientemente de las circunstancias reales. Añade que estos estereotipos negativos de los hombres son perpetuados por palabras de moda omnipresentes que se ven con frecuencia en los medios de comunicación, como *patriarcado*, *privilegio masculino*, *cultura de la violación* o *masculinidad tóxica*, que pueden dar forma a actitudes y políticas más amplias. Estereotipos negativos que también pueden haber sido alimentados por los recientes movimientos sociales, incluyendo el #MeToo y el pánico moral sobre la sexualidad masculina en el campus y más allá. En suma, las acciones de una minoría muy pequeña de hombres. Y este es

un factor resaltable, el fenómeno de la variabilidad biológica del comportamiento masculino, respecto al femenino.

Pinker, en su obra *The sexual paradox*[33] habla sobre una *verdad biológica*: comparativamente a las mujeres, los hombres en la distribución normal estadística, conocida también como campana de Gauss por su forma, y que representa la variabilidad del comportamiento y rasgos como por ejemplo el coeficiente intelectual, presentan una media similar ambos sexos. Sin embargo, los varones presentan una mayor longitud en las colas de la distribución, es decir una mayor dispersión en los valores estadísticos, existiendo una mayor proporción, aunque minoritaria de casos extremos. A ese respecto, se le atribuye a la escritora Camille Paglia la frase de que "no existen apenas mujeres Mozart, de igual modo que no existen apenas mujeres como Jack el destripador"[34].

Este fenómeno puramente biológico, de carácter residual, es al que se le suele atribuir la causa de por qué la mayoría de *premios nobel* son varones pero también la mayoría de personas encarceladas en prisiones. De ahí, el sesgo social o falacia habitual, verdadera sinécdoque en lenguaje literario, de tomar la parte, en este caso infinitesimal, por el todo.

El movimiento feminista ha constituido un fenómeno sociológico muy importante del siglo xx. La igualdad de derechos de las personas en el mundo occidental es inherente a un mundo

33 Pinker, S. (2008). *The Sexual Paradox. Troubled Boys, Gifted Girls and the Real Difference Between the Sexe*s. Random House.

34 Pinker, S. (2017). Las diferencias de sexo y la brecha de género. *Tercera Cultura. Ciencia para el debate públic*o. http://www.terceracultura.net/tc/las-diferencias-de-sexo-y-la-brecha-de-genero/

donde las personas se valoren por si mismas, por su inherente dignidad humana, por sus actos y voluntades y no por mera cuestión genética y determinista. Sin embargo, la deriva del feminismo radical hegemónico actual, de género, totalmente distinto del feminismo histórico tradicional, se viene mostrando revanchista y vengativo, con vocación coactiva de imponer su modelo y su verdad *erga omnes* como única, incluso de imponerlo a las mujeres que no están de acuerdo con ese modelo anacrónico, victimista, supuestamente opresor y que las quiere hacer creer que son por naturaleza y cultura seres humanos minusvalorados con necesidad de ser protegidos por las instituciones del Estado y de beneficiarse de discriminaciones positivas, valga la contradicción del término. La falacia del mito de la mujer débil, basado en una mera apariencia neoténica y por lo tanto superficial.

El modelo social de insistir hasta la saciedad y la antipatía en alabanzas constantes a las mujeres, por el supuesto mérito de haber nacido así, a la vez que con la estigmatización e incluso demonización y desprecio constante a lo masculino (p.ej. el hablar de la *masculinidad tóxica*) no se puede comprender su génesis si no es en un entorno de reflexión histórica más amplia. Este fenómeno de sexismo y segregación humana, de fraternidad excluyente, oxímoron que se refunde en la palabra *sororidad* (fraternidad femenina dirigida contra el hombre), que no ve al varón como un compañero sino como un enemigo en potencia probablemente solo es comprensible dentro de un mundo en convulsión y catarsis ideológica. Un mundo en permanente estado convulso, donde el vacío que ha dejado el abandono de valores religiosos, espirituales y trascendentes, ha creado paradójicamente un nuevo

despertar religioso, sin Dios y sin compasión. Una nueva moral laica por religión en la cual encuentran el refugio de su propósito vital y válvula de escape de la angustia existencial que produce la propia existencia, no pocos seres humanos, con el riesgo de caer en una interpretación obsesiva y fanática de la realidad.

La ideología de género, detrás de un barniz de victimismo anacrónico, producto de la época en que vivimos y del pensamiento posmoderno, basa su discurso y se asienta sobre vectores ideológicos del odio entre grupos sociales, la falta de empatía, la representación social peyorativa del varón, su estigmatización y demonización y el egoísmo antropológico de grupo.

En uno de los capítulos de la presente obra, Whitley relata unos sucesos, supuestamente aislados pero posiblemente menos de lo deseable para una sociedad sana, acerca de la falta de reconocimiento, los actos vandálicos y sabotajes de debates sobre cuestiones masculinas y la hostilidad de grupos en los campos universitarios de universidades de Canadá y Reino Unido. Asimismo, señala el *pánico moral* que se viene creando por los profesores universitarios y los administradores de las universidades sobre los estudiantes masculinos mediante el uso rutinario de términos estigmatizantes y generalizadores y degradantes como *masculinidad tóxica* y *cultura de la violación*, para referirse a los estudiantes masculinos en conjunto. El uso insistente de tales conceptos contribuye a crear un entorno hostil para los hombres, lo que a su vez puede perjudicar en última instancia la autoestima y la salud mental de los estudiantes masculinos más vulnerables.

¿Es el varón un ser sociohistóricamente beneficiado por el devenir de la humanidad? ¿Es realmente el varón sujeto de gran-

des prebendas y ventajas comparativas con respecto a las mujeres? ¿Son hombres y mujeres sujetos antagonistas que pugnan por los beneficios sociales como en un juego de suma cero o por el contrario son seres diferentes, complementarios a los que la evolución de miles de años ha ido labrando sus caminos paralelos en la existencia, unidos por el puente de la afectividad? ¿Es el varón un héroe o un villano, un victimario o una víctima? Estas son cuestiones éticamente irresolubles sin caer arriesgadamente en el reduccionismo y la dispensación de etiquetas victimizantes, en función del punto de vista, y de la interpretación sociohistórica que adoptemos, así como según nuestras propias vivencias familiares y de nuestro entorno. La consideración social es cambiante con la época y el momento histórico. Maalouf[35] habla de dos tipos de herencias a ese respecto, una *vertical* que nos viene de nuestros antepasados y la otra *horizontal*, que es producto de nuestra época y nuestros contemporáneos.

Lo cierto es que la existencia humana causa angustia, una angustia existencial ante la vastedad de la vida y el mundo. Y esta angustia puede ser canalizada de muchos modos distintos. Uno de ellos es el enfrentamiento ante un enemigo común. El odio, como el amor, es también un factor de gran unión entre las personas. Aquellos seres que comparten una misma *identidad* se agrupan y se ayudan entre sí e incluso arremeten contra *los otros*, en defensa, dicen, de su libertad, y todo lo que hacen está justificado porque en el pasado los otros hicieron lo mismo con ellos, y

35 Maalouf, A. (2005). *Identidades asesinas*. Alianza.

así la eterna cadena interminable del odio[36]. Para Isaac Asimov, en el mismo sentido "el problema más difícil al que nos enfrentamos para evitar la destrucción de la civilización y la humanidad, es la costumbre diabólica que tiene la gente de dividirse en pequeños grupos, cada uno ensalzándose a sí mismo y acusando a sus vecinos"[37].

María Calvo trata acerca de este enfrentamiento en su obra acerca de la *masculinidad robada*[38]:

> "El papel de las mujeres se ha sobrerrepresentado y asistimos a una clara depreciación del hombre, del padre, del varón, que sufre así un complejo de inferioridad. No saben qué es lo que se espera de ellos y se avergüenzan de su masculinidad. Muchas de las aptitudes típicamente masculinas han sido erradicadas y resultan mal vistas: cualquier expresión de virilidad se considera virilismo; la exigencia de respeto se confunde con autoritarismo; el intento de imponer alguna norma como cabeza de familia le puede llevar a ser tachado de tirano; y la ingeniería genética amenaza con su total sustitución".
> "El feminismo actual se niega a aceptar la existencia de una crisis del varón. Y se ampara en los sucesos casi a diario de casos de *violencia de género* en los que las mujeres mueren a manos de sus parejas, para someter a la masculinidad a un

36 *Ibidem.*

37 Asimov, I. (2023). *Yo, Asimov. Memorias*. Arpa

38 Calvo, M. (2011). *La masculinidad robada*. Almuzara.

juicio colectivo e imponerle también en conjunto la pena máxima: su castración psíquica. Y rescatan a los hombres de su masculinidad creyendo que nos hacen un favor a toda la humanidad, cuando lo que realmente ocasionan es un inmenso perjuicio, pues alimentan al monstruo que querían aniquilar: la incomprensión hacia las especificidades propias del varón puede producir sentimientos de frustración y violencia. De este modo, sin percibirlo, echan más leña al fuego que pretendían sofocar".

Por otra parte, Anatrella manifiesta que bajo ese enfrentamiento subyacen estructuras psíquicas y antropológicas que están en cuestión[39]:

Tanto el hombre como la mujer pueden representar y trabajar por los intereses de la sociedad sin tener necesidad de definirse permanentemente el uno contra el otro, como se puede observar en la psicología púber (…) En ningún caso se podrían construir sistemas de pensamiento sobre la base de conflictos intrapsíquicos más o menos elaborados (…) Si cada uno sólo posee su verdad subjetiva, no puede inferir que nadie represente verdades objetivas dependiendo también del lugar simbólico que ocupe, pues sería negar la dimensión de norma objetiva que representa el complejo de Edipo. Si el derecho y la moral pierden su dimensión universal, los individuos no pueden unirse socialmente ni hablarse: nosotros

39 Anatrella, T. (2008). *La diferencia prohibida. Sexualidad, educación y violencia*. Encuentro.

> seremos condenados a reagruparnos y a defendernos en tribus psíquicas (…) Hombres y mujeres son el reflejo de la desimbolización de una sociedad que se complace en sí misma. Este proceso ya iniciado nos confrontará cada vez con más violencia, a menos que consigamos restablecernos en relación con nuestros fundamentos antropológicos: diferencia de sexos, de generaciones y de papeles simbólicos de la pareja hombre/mujer, pero también del padre y de la madre.

6. Vulnerabilidad especial del varón: suicidio, accidentes laborales, fracaso escolar y otras vulnerabilidades

En la presente obra se tratan aspectos relevantes en la vida de un varón del siglo XXI, con exploración de los determinantes sociales y culturales de la salud mental de aquel, incluidos los factores relacionados con los problemas familiares, ocupacionales, educativos, legales y su deshumanización mediante distorsiones en su representación o imagen social.

Asimismo, la obra explora los elevados índices de problemas de salud mental en el varón, incluyendo fenómenos como el suicidio, las adicciones por abuso de sustancias y los bajos indicadores de uso de asistencia sociosanitaria a ese respecto. En el fondo de la cuestión subyace la imagen social del varón como ser no sometido a la condición vulnerable a la que somete verdaderamente a todo ser humano. Como dice Mèlich, vivir es interpretar, es asumir la precariedad, la fragilidad, la vulnerabilidad, es asumir

un cierto riesgo[40]. Hacer de la fragilidad y la vulnerabilidad humana un asunto de género, es decir, de mujeres y solo de mujeres es no solo un despropósito sino un verdadero ejercicio *quijotesco* de la hipótesis de la caballerosidad (*chivalry hypothesis*), esa actitud de generosidad e indulgencia hacia las mujeres, mientras que el trato hacia los hombres es severo, punitivo e implacable.

La sociedad que otorga etiquetas de vulnerabilidad, con exclusión de determinados colectivos recuerda a la actitud de aquellos guardianes de los campos de concentración nazis, muchos de ellos buenos padres de familia que mantenían una doble moral, y por tanto ninguna. En su casa eran padres y maridos cuidadosos y afectuosos y en el *lager* se comportaban con una brutalidad exacerbada con los prisioneros, previa deshumanización de los mismos. Un brazalete con la estrella de David, como convención social, les hacía culpables por el mero hecho de haber nacido y existir.

Para Quintana[41] el victimismo actual de determinados colectivos sociales esconde la contradicción de exhibir la debilidad propia para no hacerse cargo de la inherente fragilidad de todos los seres humanos, es decir, de la de todos los demás. Ello constituye una especie de elitismo inverso o sociedad de castas al revés[42] donde el hecho de haber padecido un daño, discriminación

40 Mèlich, J.C. (2012). Filosofía de la finitud. Herder. Barcelona. p.45

41 Quintana, M.A. (2023). Helena Béjar: o por qué hacernos cargo. *Ideas*. La Gaceta de la Iberosfera. https://ideas.gaceta.es/helena-bejar-o-por-que-hacernos-cargo/

42 Quintana, M.A. (2023) en cita a Bejar, H. (2006). *El mal samaritano. El altruismo en tiempos del escepticismo.* Anagrama.

o estigma social anterior reemplazaría a las *ventajas de la cuna*. De este modo, se sublima y transforma una presunta debilidad en una fortaleza identitaria, que a la vez constituye una muralla que se interpone entre el colectivo, otrora dañado y discriminado y ahora supercompensado mediante el privilegio, y los otros, el resto de la sociedad.

Quintana, citando a Béjar, lo considera una estratagema *peterpanista*: la exhibición de la fragilidad en una especie de niñez y victimización para no asumir obligaciones como adulto corresponsable ante los quebrantos de los demás que la vida trae inevitablemente consigo. Toda una interesante estrategia evolutiva psicosocial con la que adquirir ventajas comparativas y competitivas, al situarse la antaño víctima discriminada en un estado continuo de reclamación y demanda de derechos que encubren una exitosa y pujante *afición a la asistencia*.

Contra el mito del hombre que reprime sus sentimientos, agreste y falto de sensibilidad encontramos todas las formas de expresión de tantos siglos de la historia del arte y la literatura universal, salidas de su mente y su espíritu. Las canciones de amor, de la perdida de la mujer amada, el amor cortés de los trovadores, o el amor intensa y desesperadamente romántico del joven Werther descrito por Goethe o el intenso romanticismo de los poemas de Bécquer, el valor de la amistad leal entre los hombres, la camaradería, los grandes actos de rescate, arriesgando la propia vida por salvar la vida de otra persona. De hecho, la actual crítica desde el feminismo radical al amor romántico puede también verse como expresión de una época donde la lealtad ha dejado de ser un valor esencial, buscando en la pareja únicamente el bienestar propio a

ultranza: me convienes en tanto en cuanto me aportas beneficios; el tratamiento de las relaciones de pareja como un bien de consumo más, que se agota con el tiempo, aquel que como reza el dicho hindú sobre la vida, de que aquel, ya todo lo destruye.

Se podrían encontrar demasiados ejemplos de esa exclusión social de vulnerabilidad del varón. Pero hay algunos especialmente sintomáticos y paradigmáticos. En el Plan de prevención del suicidio diseñado por la Comunitat Valenciana (una Comunidad Autónoma española) en el año 2017 se excluyó de los grupos de riesgo a aquel colectivo poblacional que más índice de suicidios presenta: estadísticamente una cifra en torno a un 75% de los mismos son llevados a cabo por varones. Este plan sociosanitario fue auspiciado y realizado bajo la máxima autoridad política sanitaria por parte de quien al cabo de unos meses sería nombrada Ministra de Sanidad, Carmen Montón. El poner etiquetas de vulnerabilidad equivale a poner etiquetas de abandono y maltrato social a los colectivos excluidos[43].

Por otra parte, en algunos protocolos sorprendentes de la llamada en España *violencia de género* (aquella que se lleva a cabo de forma unidireccional y exclusivamente de hombre heterosexual a su pareja mujer) se considera como factor de violencia psicológica el aviso de intención de tentativa de suicidio por parte de un varón a su ex pareja. Este hombre, en lugar de ser ayudado en su solicitud de auxilio, es criminalizado, primero policialmen-

43 Plan de Prevención del Suicidio y manejo de la conducta suicida. *Generalitat Valenciana*. 2017. https://www.san.gva.es/documents/156344/6939818/Plan+prevenci%C3%B3n+de+suicidio_WEB_CAS.pdf

te[44] y con posterioridad, y gran probabilidad judicialmente. Es llamativo que ante una situación de ideación autolítica, en un entorno de denuncia policial, no se ofrezca una asistencia sociosanitaria adecuada a esa persona, solo por el hecho de ser hombre ante un conflicto, más o menos grave de pareja.

Valgan estos dos ejemplos anteriores como síntoma de que algo no está funcionando bien en esos entornos públicos y que es preciso estudiar muy seriamente las causas de la falta de atención a este colectivo que conforma cuantitativamente la mitad demográfica de nuestra sociedad.

Durkheim analizó el suicidio en uno de sus más famosos estudios, publicado originalmente en 1897, fenómeno que sugiere aparentemente un acto puramente personal, resultado de una profunda infelicidad del individuo. Sin embargo, Durkheim señala que los factores sociales tienen una influencia decisiva en el comportamiento suicida, siendo la anomia una de dichas influencias. Las tasas de suicidio señalan, año tras año, una pauta regular que ha de explicarse sociológicamente. Para Giddens, se pueden poner muchas objeciones a este estudio de Durkheim, pero continúa siendo una obra clásica que aún mantiene su importancia para la sociología actual[45]. Durkheim trató sobre los cambios que, ya en su época, estaban transformando la sociedad. La intensidad y rapidez de esos procesos de cambio conllevan

44 Formularios policiales del riesgo. Protocolo VPR (Valoracion policial del riesgo) y VPER. La valoración policial del riesgo de violencia contra la pareja en España – Sistema VioGén. *Ministerio del Interior*. España. 2018. Madrid.

45 Giddens, A. (2000). *Sociología*. 3ª ed. p.34.

grandes trastornos sociales, que sumado a la destrucción de las normas morales tradicionales que solía proporcionar la religión ello deja a muchos individuos de las sociedades modernas con el sentimiento de que su vida cotidiana carece de sentido.

En la época actual, los cambios sociales producidos por el avance de la tecnología y la economía, por internet y la hipercomunicación telemática, son aún más vertiginosos que en toda la historia de la humanidad e incluso que en la industrialización, la época en la que se referenció Durkheim. Es la *sociedad del riesgo* de Beck[46] o de la *modernidad líquida* de Bauman[47].

Whitley se pregunta por qué cada vez que aparece en los medios, "siempre me dicen que el divorcio es un asunto muy serio para las mujeres. Si eres una mujer y te divorcias, obviamente es algo muy traumático que causa mucho estrés. Pero, ¿por qué el divorcio es motivo del suicidio en hombres y no en mujeres?"[48]

Para Jiménez, involucrarse en los problemas específicamente masculinos implicaría admitir la vulnerabilidad del hombre y esa negación de fragilidad conlleva perpetuar los roles de género[49], una retroalimentación que también forma parte de ese *bucle machista* o *retromachismo.*

---

46 Beck, U. (2002). *La sociedad del riesgo global*. Siglo veintiuno.

47 Bauman, Z. (2003). *Modernidad líquida*. Fondo de Cultura Económica.

48 Whitley, R. (2017). Mujeres fuertes, hombres frágiles. *Euromind Project.* Ponencia en el Parlamento Europeo. Bruselas. Marzo 2017, https://www.youtube.com/watch?v=ra2JAZq5sR0

49 Jiménez, D. (2019). *La deshumanización del varón. Pasado, presente y futuro del sexo masculino*. Psimática. p.534

Otro aspecto de especial vulnerabilidad masculina son las denominadas *profesiones de la muerte*[50] debido a la existencia inherente de mayor riesgo de accidente, muertes laborales, lesiones que ponen en peligro la vida y agresiones que se producen en la propia actividad. Estas profesiones son ejercidas muy mayoritariamente por hombres, con una alta tasa de muertes y lesiones que es aceptada tácitamente por la mayoría de las personas como un precio que vale la pena pagar para vivir en una sociedad funcional y civilizada. Pinker habla de una mayor disposición de los hombres a aceptar la incomodidad y el peligro físicos, por lo que es más fácil encontrarlos en trabajos desagradables pero habitualmente más lucrativos por su penosidad, como en la reparación de maquinaria de producción, plataformas petrolíferas o trabajando con un martillo neumático[51]. Asimismo, Pinker, aludiendo a la vieja y fundamental *teoría de la ventaja comparativa* en economía internacional, desarrollada por David Ricardo ya a principios del siglo XIX, se interpela acerca de los costes que pueden recaer en una sociedad si se incurre en la ineficacia que se pudiera derivar si las decisiones de empleo se basasen en factores que no conjugasen de forma óptima las exigencias de un trabajo y los rasgos de la persona. Uno de estos costes puede apreciarse en la insistencia y el empecinamiento en subvencionar que las mujeres opten por estudios de las denominadas materias STEAM, aquellas que agrupan las

50 Farrell, W. (1993). *The myth of male power: Why men are the disposable sex*. Simon & Schuster.

51 Pinker, S. (2021). La tabla rasa. L*a negación moderna de la naturaleza humana*. Paidós. p.527

áreas disciplinares de ciencias, tecnología, ingeniería, arte y matemáticas[52].

7. Maltrato social: leyes de género, daño institucional. Separación ilegítima de los hijos.

En *La deshumanización del varón*[53], Daniel Jiménez manifiesta que a causa de la *narrativa de género*, los problemas masculinos se excluyen del discurso político por tres vías principalmente: invisibilizándolos (negándolos), relegándolos a una categoría no especifica de género (reclasificándolos como problemas sociales, raciales, etc., excluyendo el componente de género) y diluyéndolos en otras categorías o limitándolos a problemáticas internas (revictimizándolos por ser problemas autoimpuestos, no expresar sus sentimientos, etc.).

Asimismo, Jiménez ofrece una sugerente teoría acerca del suicidio masculino y la ausencia de compasión. Manifiesta que culpar a los hombres de su propio suicidio es otro tópico habitual. Se apela a la supuesta causa de su falta de habilidades de comunicación, pero no se habla sobre la posible capacidad de escuchar de quienes le rodean; a causa también de su egoísmo, impulsividad o que no saben o no quieren pedir ayuda. Se valora el estoicismo masculino y se hacen burlas de quien expone

52 Pinker califica de grotesco que se condicione a las mujeres jovenes a escoger esas materias como si fueran "ratones de la caja de Skinner".

53 Jiménez, D. (2019), *op.cit.*, p.225

su vulnerabilidad, puesto que el *privilegiado* no tiene derecho o legitimidad para quejarse.

Un varón sobre el que en casos de separaciones conyugales, frecuentemente traumáticas, se le *ayuda* a aislarse, se le supone sospechoso, se le demoniza y se le hace recaer sobre él el peso de la violencia judicial, despojándolo de sus bienes y con frecuencia de aquello que ofrece el máximo sentido a su existencia: sus hijos; su paternidad es dañada institucionalmente de una forma brutal con los consiguientes graves efectos ya no solo sobre él sino también sobre la infancia de sus propios hijos.

Desde el sistema judicial se viene trivializando ancestralmente lo que supone para un padre el ser separado de su hijo de forma tan abrupta como es una separación no consensuada, y con el veto materno a compartir la crianza de un hijo. Se olvida o tal vez incluso se desconoce que la literatura del ámbito psiquiátrico considera a esa separación con privaciones sobre los hijos, uno de los mayores estresores de salud mental del varón. En *Palais de Justice*[54], el poeta José Ángel Valente, uno de los escritores españoles más importantes de la literatura de posguerra tras la Guerra Civil española, relata con gran precisión sentimental su gran afectación como ser humano, varón, por la lacerante experiencia de divorcio en un juzgado francés.

Es sabido que la mayoría de los procesos de ruptura sentimental, especialmente los de familias con hijos pequeños, causan una enorme reactividad emocional y un duelo equiparable e incluso superior a la del fallecimiento de un ser querido. En muchos casos el dolor emocional provoca heridas incluso de por

54 Valente, J.A. (2014). *Palais de Justice*. Galaxia Gutenberg.

vida, causando traumas psicológicos, y patologías como síndrome de estrés post traumático, duelo prolongado y depresiones nerviosas, entre otras dolencias[55]. En casos extremos, cuando la intensidad del dolor supera la pulsión de vivir suele aparecer la ideación autolítica y se puede llegar a cometer suicidio. Las separaciones familiares traumáticas, en las que se produce gran violencia familiar y que se derivan en graves daños emocionales, incapacidades laborales y posteriormente incapacidad económica contribuyen a quitarse la vida cada año a una desgraciada cifra de personas, especialmente varones, presentando una prevalencia del 75% de los casos por sexos. En este sentido, los análisis de Halla (2013, 2015) muestran el hallazgo de la existencia de una correlación en la implementación de reformas legislativas en favor de la

55 Papa, A, Neira, Y. y Litz, B. (2008) en su artículo Traumatic Bereavement in War Veterans en *Psychiatric Annals*, 38:10, tratan acerca de las secuelas psicológicas del combate en los supervivientes de conflictos bélicos y del duelo traumático o trastorno de duelo prolongado (*traumatic grief o prolonged grief disorder*) ante la pérdida de compañeros, con ciertas diferencias en síntomas al trastorno de estrés post traumatico (TEPT): dolor emocional severo, persistente y discapacitante. En veteranos de la guerra del Yom Kippur se encontraron síntomas de este sufrimiento emocional incluso dos décadas después de finalizado el conflicto bélico. También Parro-Jiménez, Morán, Gesteira, Sanz y García-Vera (2021) en Duelo complicado: una revisión sistemática de la prevalencia, diagnóstico, factores de riesgo y de protección en población adulta de España, ofrecen un detallado estudio en *Anales de Psicología*, 37, 2. pp-189-201. Los autores contemplan en su estudio las pérdidas dentro de la unidad familiar nuclear y citan la existencia de tres entidades psicopatológicas referidas a este mismo concepto: 1)"Trastorno de duelo prolongado (TDP)" incluido en el CIE-11 2) Duelo complicado (DC) y 3) Trastorno de duelo complejo y perisistente (TDCP) incluido en el DSM-5, aunque no como entidad diagnóstica sino como una condición a estudiar en el futuro. Según los autores, el apoyo social es uno de los factores de protección importantes en el tratamiento de esta patología crónica.

custodia compartida de los hijos con el descenso sensible a medio y largo plazo tanto en los índices de suicidio de varones como en la reducción de la violencia doméstica[56].

En la novela *Kramer contra Kramer*[57], de Avery Corman, publicada en 1977, a partir de cuyo guión se produjo una película de gran éxito, se ofrece un desgarrador relato de las tribulaciones de un esforzado papá por seguir cuidando de su hijo de 6 años ante el abandono de familia de la madre. Ted Kramer ha demostrado ser un excelente papá cuidador, hasta que la madre Joana Kramer decide volver al cabo de un tiempo a por su hijo. Pese a todos los excelentes cuidados y tenacidad demostrados del padre y la inestabilidad emocional de la madre el Tribunal decide entregar la custodia completa del niño a ésta, con la única justificación de la maternidad ("el juez favoreció sin vacilar el argumento de la maternidad"); la maternidad ese tabú social de lo más sagrado[58]. Hacia el final de la novela encontramos un relato de un gran contenido emocional:

---

56 Halla (2013, 2015) lleva a cabo un estudio sobre datos del *US National Vital Statistics System* comparando la evolución de determinadas variables como el índice de suicidios así como la violencia doméstica respecto a la reforma legal en favor de la custodia compartida de los hijos. Los resultados del estudio muestran una disminución de los suicidios en una cifra estimada del 9%, así como un 23% en la incidencia de la violencia doméstica. Por otra parte, Fernández-Kranz, Nollenberger y Roff (2020) analizaron el impacto de las reformas legales que han favorecido la custodia compartida en España y encontraron una reducción de la violencia doméstica en una cifra cercana al 50% de los casos.

57 Corman, A. (1980). *Kramer contra Kramer*. Bruguera. Barcelona.

58 La psiquiatra Estela Welldon en *Madre, virgen, puta. Un estudio de la perversión femenina*, ha escrito acerca del tabú de la maternidad. Psimática.

> (…) Ted Kramer, respondió a la última pregunta [del juez]: por qué reclamaba la custodia [de su hijo] y entonces dijo:
> —No me hago ninguna clase de ilusiones, ni pretendo que mi hijo me lo agradezca. Solo deseo estar con él, como he estado hasta ahora, porque le quiero (p.236).
> (…) Llegó a la conclusión que durante esos meses [con su hijo] todo se había desarrollado como correspondía. Se sentía agradecido por lo que había vivido (…) sentía que había crecido gracias al niño. Ahora era una persona más cariñosa gracias al niño, más abierta gracias al niño, más fuerte gracias al niño, más bondadosa gracias al niño, y había vivido mejor lo que la vida podía ofrecerle… todo gracias al niño. Se inclinó y beso el rostro dormido y dijo:
> —Adiós pequeño. Gracias. (p.252)

Las separaciones familiares y el trato discriminatorio institucional habitual en los juzgados de familia, con gran frecuencia arbitrario y con habitual sesgo sexista constituyen uno de los factores de gran riesgo para la salud mental del varón. En diversas partes del libro, Whitley apunta a la pérdida de los hijos antes una separación conyugal como unos de los factores de mayor incidencia en la comisión del suicidio masculino e incluso cita que a algunos autores, después de una exhaustiva revisión de estudios, encontraron la separación de los hijos como la causa principal de suicidio masculino en muchas investigaciones forenses.

Por parte de la judicatura, se siguen observando hoy en día, actitudes y sentencias de custodia muy similares a las de la novela de Corman publicada hace ya más de 40 años. Se siguen repli-

cando los roles arquetípicos de la madre cuidadora y el padre sustentador económico, alejado del día a día de su hijo. Se sigue la réplica ancestral de la separación y diferenciación histórica de roles desde el Paleolítico, pensamiento primitivo aún remanente en el inconsciente colectivo. En España en el año 2021 de los 10.082 procesos judiciales contenciosos sobre custodia de menores, en el 69% de los casos se otorgó la custodia a la madre, mientras que al padre únicamente en un 7% de los casos. La mayoría de los casos de custodia coparental compartida se siguen produciendo por mutuo acuerdo entre los progenitores, con un 88% de los casos, y solo un 12% son obtenidas en procesos contenciosos[59].

Arce, Fariña y Seijo[60] realizaron un análisis de contenido sistemático de 782 sentencias de custodia en procesos de separación y hallaron las siguientes incidencias:

- Más de la mitad de las sentencias no estaban motivadas en criterio alguno;
- Los criterios de motivación no siempre eran válidos;
- Los criterios de decisión no eran consistentes intergénero del padre custodio
- La custodia al padre se derivaba, en buena medida, de un criterio de exclusión de la madre;
- No se seguía un proceso de verificación de la decisión;

59 Datos INE. https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=20692

60 Arce, Fariña y Seijo (2005). Razonamientos judiciales en procesos de separación. *Psicothema*, 17, 1, pp.57-63.

- El procesamiento de la información se *orientaba a la tarea* y a la *exclusión de la información* contraria a la decisión alcanzada.

Otra de las grandes falacias adoptadas por la judicatura es que la custodia coparental para una crianza en igualdad de género no se puede otorgar en casos de conflicto interparental. Salvo en caso de conflicto grave, con grave violencia posconyugal, el régimen mal llamado a nuestro entender de *custodia compartida*[61], además de evitar el conflicto judicial y la querulancia sostenida que puede producir durante años, favorece el diálogo y evita las posiciones de dominación de un progenitor sobre el otro. Asimismo, favorece el bienestar del menor. Existen multitud de estudios empíricos, tanto transversales como longitudinales con grandes muestras estadísticas poblacionales que así lo demuestran[62], al igual que estudios de metaanálisis en el mismo sentido[63].

61 El término custodia compartida da lugar a confusión ya que en la gran mayoría de las custodias judiciales de menores los tiempos de convivencia son compartidos con ambos progenitores. La custodia compartida se presenta como el término antagonista de custodia exclusiva, cuando también en este régimen ambos progenitores suelen compartir la custodia de los hijos, aunque en proporción de tiempo habitualmente muy desigual. El término opuesto de custodia exclusiva más bien debería ser el de custodia inclusiva o custodia paritaria.

62 Carlsund A, Eriksson U, Löfstedt P, Sellström E. (2012). Risk behaviour in Swedish adolescents: is shared physical custody after divorce a risk or a protective factor?. *European Journal of Public Health.*

63 Nielsen (2011). Shared parenting after divorce: A Review of Shared Residential Parenting Research. *Journal of Divorce & Remarriage*, 52 (8): 586-609.

En el sistema judicial no se está atendiendo a lo que verdaderamente sucede en la calle: solo basta abrir los ojos y ver la cantidad de padres varones que acuden a llevar al colegio a sus hijos o a los parques y jardines, a diferencia de décadas atrás[64]. La maternidad sigue siendo un tabú sagrado y el castigo endémico y atávico de los hombres ante separaciones no consensuadas, además de dañar a todos los miembros del grupo familiar de una forma o de otra, perpetúa los roles de género y no contribuye a la igualdad real de sexos. En este punto la perspectiva de género también se presenta como la antítesis de la igualdad real entre sexos.

A esto se le une las llamadas *leyes de género*, que discriminan al hombre por razón de su sexo, especialmente en el ámbito penal así como en el ámbito civil, cortocircuitando el óptimo bienestar de los hijos después de separaciones conyugales traumáticas. Muchas de las sentencias judiciales arbitrarias atienden a la conflictividad generada en la pareja sin atender cómo, por qué y por quién se genera esa conflictividad. Esto da pie conflictos autogenerados y a miles de denuncias instrumentales cada año al objeto de obtener réditos judiciales, no solo ilegítimos sino ilegales, puesto que vulneran sistemáticamente el principio de interés superior del menor, que representa el eje rector del derecho de familia en ese ámbito así como ilícitos penales como la denuncia falsa.

---

64 Sobre la participación de los hombres en prácticas de crianza positivas, cuidados igualitarios, prevención de la violencia y salud materna, neonatal e infantil se puede ver el estudio *Estado de los Padres en el Mundo. Liberando el potencial de los hombres en el cuidado*. MenCare. 2019. www.men-care.org . También se puede consultar *Los hombres jóvenes y la paternidad* de Alberdi y Escario (2017). Fundación BBVA. https://www.fbbva.es/wp-content/uploads/2017/05/dat/DE_2007_hombres_jovenes.pdf

En España, la Ley Orgánica 1/2004 de 28 de diciembre introdujo la asimetría penal, la vulneración del principio de la presunción de inocencia y del artículo 14 de la Constitución Española. Bajo esta ley se ha implantado de nuevo en Europa el derecho de autor, segregacionista, con juzgados específicos solo para colectivos determinados de la población y donde la supuesta *coherencia* y *persistencia* en el testimonio de una de las partes le otorga presunción de veracidad y basta para quebrar la presunción de inocencia de un varón, hecho contrario no solo a la ley fundamental del ordenamiento jurídico nacional, sino a los propios Derechos Humanos. En Europa no existía derecho de autor y tribunales de excepción desde la Alemania bajo el dominio nacionalsocialista, donde se juzgaban a enemigos de la patria (judíos, homosexuales, partisanos, republicanos españoles, etc.). El precedente en España era la *Ley de Vagos y Maleantes*, promulgada en 1933[65]. Con la ley integral de violencia de género se producen al año una media de 160.000 denuncias, de las cuales acaban en condenas ciertas únicamente el 20%, de las cuales 12 % son condenas por conformidad (entre ellos, no pocos varones atemorizados) y un 8% condenas finales, con penas frecuentemente desproporcionadas.

65 La *Ley de vagos y maleantes* fue aprobada en 1933 durante la Segunda República para castigar penalmente determinados comportamientos considerados antisociales. Fue adoptada y modificada por el régimen franquista para incluir la represión de los homosexuales en 1954. En 1970 fue sustituida y derogada por la ley sobre peligrosidad y rehabilitación social. En el periodo democrático esta ley no fue aplicada aunque continuó vigente hasta su total derogación en el año 1995, con la despenalización completa de la homosexualidad. La citada ley se convirtió en una normativa contra los más desfavorecidos y, debido a la gran cantidad de procedimientos que se encausaban, para su aplicación se llegaron a crear juzgados especiales.

Una ley no solo inoperante e ineficaz, que no ha reducido un ápice los casos de parricidio de mujeres sino generadora por sí misma de violencia familiar, al intentar reducir la violencia de la forma más imprudente: a través de más violencia, la que representa el castigo penal, especialmente en los casos de hijos menores de edad, con grande efectos iatrogénicos para la salud mental de los varones acusados[66 67]. Muchos padres varones ante la pérdida arbitraria de la custodia de sus hijos y la drástica disminución del contacto con ellos ven afectada su salud psicológica y emocional y pueden llegar en su desajuste y desbordamiento emocional a rebasar con facilidad los límites de las normas penales. El sistema judicial fragmenta estas situaciones en dos ámbitos separados, el civil del penal, rompiendo el enlace causal y descontextualizando los hechos al ser con gran frecuencia uno consecuencia del otro, con lo que se entra en un círculo vicioso de daños y estigma social. No es improbable que un papá en la desesperación por verse mutilado en su función paterna y aislado ilegítimamente de sus hijos, acabe con sus huesos en una prisión del estado, con el impacto psicológico añadido que ello representa sobre una persona ya de por sí afectada. Las decisiones judiciales de protección a la víctima, en este caso la madre del niño, pueden

66 Esto ya fue previsto en un informe del CGPJ. En ese informe se alertaba de los graves riesgos que podía entrañar el adoptar una ley que vulneraba las garantías constitucionales.

67 Para mayor información sobre el impacto psicológico de las falsas acusaciones se puede consultar: Brooks, S.K. y Greenberg, N. (2021). Psychological impact of being wrongfully accused of criminal offences: A systematic literature review. *Medicine, Science and the Law*, vol. 61(1): 44–54.

provocar una brusca ruptura biográfica, al tener que pasar por un protocolo brutal supuestamente preventivo (*por si acaso*) de una detención inmediata, permanencia en el calabozo, privación sensorial, salida brusca del domicilio conyugal, pérdida de contacto con los hijos y problemas económicos o laborales, entre otros. Esto puede provocar a su vez una reacción explosiva y generar aún más violencia, el círculo vicioso y la espiral infernal de la violencia familiar[68], en la que ya ha pasado a denominarse como la *industria del maltrato*.

En ese mismo contexto no es infrecuente la aparición de casos de obstrucción del contacto con los hijos por parte del progenitor custodio (habitualmente la madre), con los daños derivados por interferencia o alienación parental (indistintamente de su consideración conceptual clínica de síndrome o no)[69] o en definitiva, de desvinculación parental paterna. Un escenario muy dañino para cualquier niño, que con alta probabilidad le podrá dejar secuelas psicológicas de diverso tipo, como trastornos de la personalidad, incluso en su vida de adulto. Ante la crudeza de la mayoría de las separaciones conyugales lo que se precisa es una asistencia social que atenúe el conflicto y no que lo aumente, arrojando más gasolina al fuego. Es una gran

68 Echeburúa y De Corral (2009). El homicidio en la relación de pareja: un análisis psicológico. Eguzkilore, núm.23 pp.139-150. San Sebastián.

69 Acerca del negacionismo sobre el síndrome de Alienación Parental y las causas epistemológicas de ello es muy recomendable la lectura de El negacionismo del SAP. *Un análisis de sus fundamentos*, de Enric Carbó, en Fernández-Cabanillas (2017), *Manual del Síndrome de Alienación Parental. Claves para comprender el maltrato psicológico infantil en casos de divorcio: la situación en España*.

imprudencia que se está produciendo de forma masiva desde las instituciones públicas, además de constituir una verdadera externalidad económica puesto que de ese gasto público que suele empeorar el conflicto únicamente sacan partido operadores jurídicos del sector privado, especialmente abogados deshonestos[70].

La *alienación, interferencia parental* o *desvinculación parental inducida* por el otro progenitor, una forma grave de maltrato infantil, es uno de los fenómenos que suelen aparecer en torno a las separaciones conyugales altamente conflictivas y con hijos menores. El mecanismo operado de desvinculación parental inducida es análogo al utilizado en la manipulación mental de adultos en sectas destructivas y posee rasgos comunes con el *síndrome de transferencia, de abuso interpersonal crónico* o *el síndrome de Estocolmo*[71], en las que los rehenes llegan a sentir simpatía por sus captores-abusadores emocionales.

González, Ibañez y Muñoz, especialistas del Servicio de la Policía Judicial de la Guardia Civil en el ámbito criminal de las sectas destructivas, tratan sobre los múltiples factores, no excluyentes, que pueden predisponer para el ingre-

70 Acerca de las causas del fracaso de la mediación en España se puede consultar el siguiente documento del abogado de familia José Luís Sariego. http://www.derechopractico.es/wp-content/uploads/2011/09/El-fracaso-de-la-mediaci%C3%B3n-familiar-en-Espa%C3%B1a.pdf

71 El caso de Patricia Hearst, ocurrido en 1974, es un paradigma del síndrome de Estocolmo. Hearst fue secuestrada por una organización criminal, el Ejercito Simbiótico de Liberación, el 4 de febrero de 1974. Meses después fue fotografíada con un rifle de asalto durante el atraco de una sucursal de una entidad financiera. David Boulton relata su historia en *La historia de Patricia Hearst*.

so de un individuo en una dinámica sectaria. Entre ellos se encuentra la confianza y proximidad del captador-abusador, la situación de crisis y malestar por la que atraviesa la víctima, su juventud con su personalidad aún en fase evolutiva de construcción, una situación familiar desestructurada, la falta de conciencia sobre la indoctrinación mental a la que está siendo sometida y sus condiciones de vulnerabilidad y fragilidad especial, físicas y psicológicas[72]. De igual modo, los autores mencionan como características de las sectas destructivas, aquellas que a) utilizan técnicas de persuasión que propician la desestructuración o el daño severo de la personalidad de la víctima b) aislan a la misma de los lazos afectivos de su entorno social habitual y c) vulneran derechos fundamentales en un Estado de Derecho.

Por otra parte, De Fabrique, Van Hasselt, Vecchi y Romano, señalan como factores para desarrollar el *síndrome de Estocolmo*, la permanencia temporal y contacto personal continuo de la víctima con el victimario y el trato aparentemente amable de este último con aquella[73].

Frecuentemente, existe una manipulación de los menores en los juicios de custodia cuando estos se han de enfrentar a una exploración judicial, siendo *preparados* por el progenitor custo-

72 González, Ibañez y Muñoz (2000). Introducción al estudio de las sectas. *Papeles del psicólogo*, núm.76, pp.51-56. https://www.redalyc.org/pdf/778/77807608.pdf

73 De Fabrique, Van Hasselt, Vecchi y Romano (2007). Common variables associated with the development of Stockholm syndrome: Some case examples. *Victims and offenders*, núm.2, pp.91-98.

dio para ese verdadero trance al que se somete al menor[74]. Según el abogado de familia José Luís Sariego, con su experiencia de muchos años como letrado en los juzgados de familia, el menor suele ceder psicológicamente a este conflicto de lealtades emocional, un dilema moral para un niño, posicionándose al lado del progenitor que ejerce el rechazo al otro progenitor y usando el mecanismo de defensa psicológica de identificación con el agresor, llegando a justificar las actitudes de su victimario además de sentirse responsable de las agresiones sufridas[75].

Con el paso del tiempo, llegada la adolescencia no es infrecuente la manifestación en el menor del *síndrome del emperador*[76]. El niño, ya adolescente, puede llegar incluso a decidir el no ver a un progenitor porque éste le pone unas necesarias normas de convivencia y límites, prefiriendo vivir con el progenitor que les

74 Esa exploración judicial se celebra a puerta cerrada, ante un juez, un fiscal y un secretario, sin presencia de sus progenitores. A ese respecto cabe citar la falta habitual de garantías procesales e indefensión de aquellos (sobretodo del padre) al no facilitar los juzgados el acta sucinta de la exploración. A ello estan obligados por Sentencia del Tribunal Constitucional núm. 64/2019 de 9 de mayo la cual obliga a entregar ese acta sucinta, para asi conjugar el derecho a la intimidad del menor con el preservar las garantías procesales de defensa de los progenitores. Ese cripticismo en la exploración a un menor no favorece en muchos casos la detección de supuestos de alienación parental, labor compleja y que requiere tiempo de exploración de un profesional en psicología forense.

75 Sariego, J.L. (2023). La fatídica edad de los 12 años en los procesos de familia. *Confilegal*. https://confilegal.com/20230716-la-fatidica-edad-de-los-12-anos-en-los-procesos-de-familia/

76 Acerca del síndrome del niño emperador es recomendable la lectura de *Los hijos tiranos. El síndrome del emperador*, del psicólogo y criminólogo Vicente Garrido.

permite todo o casi todo[77]. Según Sariego, los estudios del *Children and Family Court Advisory and Support Service* (CAFCASS) británico, el servicio de asesoramiento y apoyo de los tribunales de menores y de familia, muestran que los ciudadanos que han crecido bajo esa creencia de que ellos, de niños, podían decidir qué hacer en estos casos, se desarrollan con una personalidad más cercana a los *antisistema* y tengan graves problemas de absentismo escolar, aislamiento social y problemas médicos por somatización[78].

El principio tan general como indeterminado del interés general del menor es un principio habitualmente desvirtuado puesto que no pone el foco realmente en el menor. Las funciones materna y paterna, de igual modo que la función hace al órgano, se desarrolla ejerciéndolas, en base a los conocimientos familiares adquiridos de los ancestros, a la intuición y a la cosmovisión personal de cada individuo y no en base a la supeditación, en condiciones normales, de lo que prescriba un informe psicosocial de un juzgado (muchas veces carentes incluso del ejercicio de su contradicción en sala), acerca de si es mejor seguir con mamá o con papá. La paternidad se construye con el roce, mientras que

77 La figura del *menor maduro*, a la a que se invoca habitualmente tanto en instancias judiciales como sociosanitarias constituye otro auténtico oxímoron. Un ser humano no adquiere una madurez biológica antes de los 20 años, cuando la corteza prefrontal queda configurada, lugar de la región cerebral donde se toman las decisiones.

78 Sobre los daños psicológicos de adultos que padecieron alienación parental en su infancia y la reparación de los vinculos parentales dañados es recomendable la lectura de *Hijos del SAP. Reparar el vínculo roto*, de la autora Amy Baker, especialista en relaciones familiares.

en las madres se produce desde el momento en que engendran al hijo. En los padres varones el roce y los sentimientos afectivos comienzan con el nacimiento y se acrecientan con el contacto diario, en la convivencia con el bebé[79]. La paternidad, al igual que la maternidad, es un pilar antropológico fundamental del ser humano, pese a los intentos sociales de atenuar, diluir e incluso anular totalmente su importancia con vocablos de nuevo cuño como el de *familia monoparental*, incluso en el caso de la existencia de padres varones no fallecidos, lo cual constituye otro verdadero oxímoron.

Lo que cualquier niño desea, ante todo, es que sus padres se lleven bien y precisamente no ser él mismo la causa de su conflicto ni de rencores, especialmente ante el desarrollo de eternos procesos judiciales, que pueden durar desde su nacimiento hasta su mayoría de edad. Esto es un buen aliciente para no pocos abogados que ven en el niño un cliente asegurado para muchos años. No es infrecuente el fomento del conflicto por parte de abogados desaprensivos, verdaderos auspiciadores del maltrato familiar ya no solo al niño sino a todo el grupo familiar extenso, abuelos incluidos. Para este tipo de profesionales de mala praxis, los niños son considerados como mercancías y el objeto de discusión ya no es su bienestar sino su posesión patrimonial, especialmente en lo que suele conllevar adicionalmente su custodia respecto a pensiones económicas y domicilio familiar. El verdadero interés general del niño, ante una separación familiar, debería ser enfocado en

79 Alberdi. I. y Escario, P. (2007). Los hombres jóvenes y la paternidad. Fundación BBVA. https://www.fbbva.es/wp-content/uploads/2017/05/dat/DE_2007_hombres_jovenes.pdf

aquello que el niño hubiera deseado que hubiera sido su infancia cuando alcance la mayoría de edad, es decir, desde un punto de vista a la vez prospectivo y retrospectivo. Salvo honrosas excepciones, existe en los juzgados de familia un habitual trato indigno y una profanación de los derechos más elementales de la infancia y la paternidad.

Las funciones maternas y paternas son complementarias. La función materna implica la protección endogámica, mientras que la función paterna implica el guiaje y la apertura del niño al mundo[80]. Ambas son fuente de aprendizaje y riqueza para el niño y por lo tanto debieran tener un equilibrio en su ejercicio respecto al desarrollo psíquico, emocional, moral y espiritual de aquel. Wordsworth escribe en un poema: "*el niño es el padre del hombre*"[81]. La cuestión que no contemplan habitualmente los juzgados de familia ni sus equipos psicosociales, es la plasticidad de la parentalidad, su naturaleza de reversibilidad o bidireccionalidad. El aprendizaje vital no solo se produce en una dirección de padre a hijo sino también a la inversa. La función del cuidado de otro humaniza y por tanto también contribuye a hacer un mundo más humano y habitable.

80 Ver el informe de Calvo, M. (2015), *La importancia de la figuta paterna en la educación de los hijos: estabilidad familiar y desarrollo socia*l. The Familiy Watch. Instituto Internacional de estudios sobre la familia. https://www.thefamilywatch.org/wp-content/uploads/Informe20151.pdf

81 "Mi corazón se exalta cuando miro / un arcoiris en el cielo: / así era cuando comenzó mi vida; / así es ahora que soy un hombre; / que así sea cuando envejezca, / ¡O déjame morir! / El niño es padre del hombre; / y desearía que mis días estuvieran / unidos uno a uno por la piedad natural". *My Heart Lips Up* (The Rainbow), 1802. William Wordsworth.

A la inversa, los padres varones maltratados en los juzgados, son pasto de convertirse fácilmente en seres asociales, misántropos, al haber sido dañados injustamente desde las propias instituciones de la sociedad, en las que a priori todo ciudadano confía, en tener un juicio justo, en igualdad, y sin sufrir indefensión por cualquier atributo personal, en este caso su sexo. Los daños producidos en la psique y el alma del padre (y también en algunas madres) por esa cercenación que se produce por arbitrariedad jurisdiccional, desconectada de la realidad familiar y biográfica del niño.

Habitualmente, se habla en la jerga jurídica del interés general del niño en lugar de hablar de su bienestar, que se encuentra en dependencia y retroalimentación directa con el de los miembros de su familia. El niño se encuentra dentro de una familia, y ésta es también un sistema familiar. Y tal como indica la teoría general de sistemas, cualquier daño a cualquiera de sus miembros como partes integradas interrelacionadas e interdependientes repercute en los otros. La función parental, paterna o materna es una función dinámica, un flujo de transmisión de saberes, de recepción de aprendizajes y de emociones y afectos en ambos sentidos, la generación de un bucle virtuoso de cuidado y afecto. Los niños necesitan a sus padres y sus padres también necesitas a sus hijos, algo tan elemental y básico de la esencia humana que se olvida en los juzgados, donde cada caso pasa a ser solo un número de expediente.

Una vista judicial, que puede durar de media una hora, y habitualmente con estrés por el colapso del sistema judicial, no es un lugar para decidir salomónicamente y de un plumazo el futuro de la gran mayoría de familias que pasan por ellos. Los tri-

bunales aún no han sabido asimilar los enormes cambios que ha experimentados la paternidad en las últimas décadas y no suelen ofrecer ninguna garantía de solución estable al conflicto familiar post-conyugal, enfrentando iterativamente a ambos progenitores en un estrado. Esto daña a ambos progenitores y sobre todo a los niños. Existen ámbitos de resolución colaborativa de estos conflictos que evitarían la mayoría de problemas post-divorcio: una mediación mitigada, una coordinación de parentalidad, o la aplicación del método Cochem-Zell. Pero año tras año se siguen perjudicando miles y miles de familias por la propia judicialización de sus vidas. El propio proceso civil de custodia impuesta en un procedimiento, donde sus protagonistas quedan al margen de la decisión arbitraria de un tercero, totalmente ajeno a sus vidas y sus circunstancias, suele desembocar habitualmente en desbalances de poder que llevan a generar violencia familiar a corto, medio o largo plazo. Ante una separación conyugal se suele producir un daño emocional muy grande en ambos cónyuges, por lo que la administración del estado debiera ayudar a separarse de la mejor manera[82] pero nunca a alimentar el conflicto mediante la violencia institucional.

Otro aspecto de desconsideración social hacia el varón son los movimientos sociales de *nuevas masculinidades*, cuyo objeto en el fondo es la pretensión de una transformación antropoló-

---

82 En países como Dinamarca se obliga a la parejas a pasar por terapia antes de la ruptura. https://www.theguardian.com/world/2019/jul/22/breaking-up-is-harder-to-do-in-denmark-after-divorce-law-changes . En Suecia la custodia compartida de los hijos ante separaciones conyugales fue introducida ya en 1976. Actualmente, en ese país solo se resuelven en los juzgados un 2 % de tales separaciones (Barry y Coffey, 2017).

gica de la masculinidad, recurriendo a menudo a invocar rasgos y valores más o menos feminizantes. Estos movimientos suelen mantener una visión muy negativa del varón, convirtiendo el vilipendiar al varón como un signo de estatus individual y de masculinidad *civilizada*[83]. Jiménez establece un paralelismo de ese tipo de movimientos con la misma agresión intramasculina que ha caracterizado a las élites del pasado, la utilización de la imagen de la mujer desvalida para situarse en un plano de superioridad moral; según el autor la versión moderna del caballero andante.

Otra de las fuentes de denigración social es el propio uso del lenguaje introduciendo vocablos vejatorios, palabras comodín con las que categorizar despectivamente comportamientos masculinos muchos de ellos que más tienen que ver con una deficiente educación cívica que con una verdadera violencia ejercida contra nadie. Mediante el término *machista* se agrupan todo una serie de comportamientos que pueden ser ejercidos por varones, algunos de indudable prepotencia sexista pero otros productos del propio dimorfismo sexual y formas de entender el mundo. El término *machista* o *machismo*, utilizado en lugar del término neutro *sexista* o *sexismo* es intrínsecamente hostil, con la intención de estigmatizar. Un término que *animaliza* al varón, tratándolo tal vez como a un primate y despojándolo de su dignidad de ser humano. Un caso muy particular es el término *micromachismo*, con el que se designan comportamientos y actitudes masculinas bienintencionadas y de buen trato hacia el otro sexo, como abrir la puerta y dejar paso a una mujer o cualquier otro acto de ca-

83 Jimenez, *op.cit.*, p.534.

ballerosidad inocente. El hablar de micromachismos tal vez esté denotando una *macrointolerancia* psicológica e incomprensión con el otro.

El lenguaje es un arma de doble filo. Es el lenguaje el que articula el pensamiento, nuestra forma de expresión más genuina, y no solo la más habitual de relación con nuestro entorno, sino donde habita la propia alma humana[84]. De hecho, el ser humano aborda la realidad física a través de mediaciones simbólicas como el lenguaje, la herramienta de construcción simbólica de la realidad, y por ende las palabras pueden atravesar el inconsciente personal y el colectivo como flechas amorosas o como dardos envenenados. Utilizar el término *violencia machista* o *crimen machista* para referirse a los desgraciados y muy lamentables asesinatos de mujeres a manos de sus parejas hombres significa transfigurar totalmente la realidad, puesto que a nivel forense existe toda una casuística de motivos que van desde la patología mental, al móvil compasivo (especialmente en casos de ancianos impedidos), las adicciones y un largo etcétera de causas. La ideología de género subyacente detrás de este uso, ha invadido tanto los espacios mediáticos como los sociales y políticos, llegando a prohibir el uso de los términos utilizados ancestralmente como parricido o uxoricidio.

En España, el homicidio de pareja de mujeres a manos de hombres, se atribuye exclusivamente, sin más, a la llamada violencia machista mientras que en países europeos como es el caso de Francia se investiga minuciosamente cada caso de parricidio

84 "Los limites de mi lenguaje constituyen los límites de mi mundo". L. Wittgenstein. *Tractatus Logico-Philosophicus*. 2017. Tecnos.

y se clasifica categóricamente: disputas, separaciones no aceptadas, celos, enfermedad de la víctima, enfermedad del autor/a, depresión del autor/a, dificultades financieras, autor víctima de violencias e indeterminados[85]. La negación a indagar en los motivos más profundos de los lamentables homicidios de pareja de mujeres sigue inyectando ignorancia para alimentar el relato de la violencia machista, como violencia debido a una superestructura cultural patriarcal.

Sobre los homicidios de varones a manos de sus parejas mujeres, de igual modo en España, descansa una losa de silencio, haciéndose eco de ello únicamente en las páginas de la prensa local. Son homicidios invisibilizados como lo es la espiral del silencio que rodean a la problemática de los hombres maltratados. Según datos del Ministerio del Interior francés desde 2006 a 2021 los homicidios de varones van de un rango de un 14% a un 22%, con una media del 18% del total de homicidios de pareja[86]. Asimismo, en el Reino Unido también se ofrece una exhaustiva información de los homicidios de varones. La proporción es de un 80% de mujeres respecto a un 20% de hombres víctimas[87].

85 Étude Nationale sur les Morts Violentes au sein du couple 2021. *Ministère de l'Intérieur*. p.17. https://www.interieur.gouv.fr/actualites/actualites-du-ministere/etude-nationale-sur-morts-violentes-au-sein-du-couple-2021

86 *Ibidem*, p.17.

87 Key findings from analysis of domestic homicide reviews: October 2019 to September 2020. Gov.uk. https://www.gov.uk/government/publications/key-findings-from-analysis-of-domestic-homicide-reviews/key-findings-from-analysis-of-domestic-homicide-reviews#appendix-1-management-information-report-questions

Por la ideología sociopolítica imperante parece que la vida de una mujer tuviera más valor que la de un hombre, lo cual además de no ser nada nuevo, no deja de responder a una moral ancestral que bien es recogida por la psicología evolutiva. Darwin confirma que el fundamento de la moral es producto de la selección natural[88]. Malo manifiesta que la llamada peyorativamente *desechabilidad masculina* responde a un sesgo de empatía lógico desde el punto de vista evolucionista: las mujeres son más valiosas biológica y genéticamente que los hombres y estos son más *desechables*. Una mujer únicamente puede dar a un luz a un nuevo ser, después de nueve meses de cuidados, mientras que el hombre en teoría puede contribuir a dar vida a una gran cantidad de seres en el mismo periodo de tiempo. En el sentido de la reproducción, el varón es altamente reemplazable. De este modo, las culturas que han evolucionado con este sesgo han sobrevivido mejor y desplazado a aquellas que no lo han tenido. No ha ocurrido nunca pero si una sociedad hubiera mandado a sus mujeres a la guerra, a explorar los océanos y a trabajar en las minas esa sociedad se habría suicidado[89].

Luego, en esta especial valoración del sexo femenino, en el fondo de esta cuestión existe un mayor cuidado y atención de un sexo respecto del otro por el mayor valor biológico reproductivo que reside en el inconsciente colectivo social.

88 En Malo (2021). *Los peligros de la moralidad. Por qué la moral es una amenaza para las sociedades del siglo XXI*. p.19.

89 Malo, P. (2019). Deshumanizando al varón**.** *Evolución y Neurociencias.* https://evolucionyneurociencias.blogspot.com/2019/03/la-deshumanizacion-del-varon.html

La palabra que posee el ser humano tiene la libertad de imaginar un mundo, pero al mismo tiempo, y eso resulta inquietante, también tiene la posibilidad de destruir ese mundo, de pervertirlo, de volverlo inhumano. La palabra puede curar, y a la vez agredir. Y es lo que se produce, con esta voluntad de herir el utilizar la violencia implícita en el lenguaje utilizando términos como *machista, maltratador*, y toda una serie de otros improperios y términos peyorativos contra el sexo masculino en general. Detrás de las acusaciones al hombre está la incomprensión y la réplica del mismo modelo violento que se está criticando. El lenguaje, es también el lugar donde habita y se visibiliza el odio.

Tal como manifiesta la ex eurodiputada europea Teresa Giménez Barbat, las fragilidades masculinas demandan mayor *empatía política* de la que muestran muchos informes y resoluciones aprobados en los parlamentos nacionales y transnacionales, así como que es cuestionable la idea de que reivindicar los derechos de los hombres y los chicos de algún modo perjudique a las mujeres y las niñas[90].

8. La violencia de pareja y familiar

Mediante el concepto de *violencia de pareja* (VP) nos estamos refiriendo al abuso físico, psicológico, emocional, verbal o sexual o conducta controladora entre dos personas inmersas en una re-

90 Cuando las brechas de género en salud mental afectan más a los hombres. *Tercera Cultura.* http://www.terceracultura.net/tc/cuando-las-brechas-de-genero-en-salud-mental-afectan-mas-a-los-hombres/

lación sentimental actual o previa, entendiendo como agresiones psicológicas o emocionales al modo de actuar de una manera ofensiva o degradante con el otro, normalmente mediante la palabra, e incluye amenazas, ridiculizar, retirada del afecto y las restricciones (control económico, aislamiento social)[91].

En la percepción y el tratamiento de la violencia de pareja existe una brecha insondable entre los resultados de los estudios científicos rigurosos y la difusión sesgada que vienen ejerciendo en los últimos tiempos en países occidentales como España los medios de comunicación y la política, justamente por la llamada brecha de género y la infiltración de la ideología de género en las instituciones públicas y la academia[92]. En estos ámbitos se viene aplicando habitualmente el relato negativo y estigmatizador como representación de la masculinidad.

Cada ser humano dispone de su propia cosmovisión personal, en base a una miríada de factores: su biología, sus vivencias, su cultura, su familia, la sociedad en la que ha nacido y vive, su formación y su infancia. Por ello, la ciencia debe responder a un lenguaje y epistemología común lo más aséptica posible que tengan vocación de depurarse de todos aquellos factores subjetivos y sus teorías y evidencias puedan ser replicables y sometidas a escrutinio *erga omnes*.

91 Cantón, J. (2016). *Perpetradores y víctimas de violencia en la pareja, en Cantón*, Cortés Justicia y Cantón, *Violencia doméstica, divorcio y adaptación psicológica. De la disarmonía familiar al desarrollo de los hijos*. p.53

92 La American Psychological Association (APA) publicó en 2018 su *APA Guidelines for Psychological Practice with Boys ans Men*, una guía para la práctica psicológica con niños y hombres muy criticada por su trato peyorativo hacia la masculinidad.

Para el psiquiatra Pablo Malo, cuando las proposiciones científicas se *moralizan* el proceso científico queda herido, y a menudo de muerte; esta es la coyuntura en la que estamos viviendo en la actualidad, la era de la *posverdad*[93], la mentalidad moralista que, según Steven Pinker, con tanta naturalidad adopta nuestra especie y el paisaje de las ciencias de la naturaleza humana está sembrado de temas polémicos controvertidos, cuyos debates morales, lejos de resolver las hostilidades, las pueden agravar, porque quedan en un limbo fuera de la razón. En esos debates suelen existir conexiones intelectuales entre las ciencias de la naturaleza humana y la división entre las ideologías políticas de derechas e izquierdas, el inefable y eterno *tiroteo* entre el conservadurismo y el probablemente mal llamado por excluyente *progresismo*. Pinker, también alude entre diversos factores, a la universalidad del etnocentrismo y otras formas de hostilidad entre grupos en todas las sociedades, y la facilidad con que aquella se puede alentar en los individuos dentro de nuestro propio grupo social[94].

Para Mèlich, existen sociedades con mucha moral pero con muy poca ética[95]. Es el caso de los regímenes totalitarios

93 Malo (2021). *Los peligros de la moralidad. Por qué la moral es una amenaza para las sociedades del siglo XXI*. p.160

94 Pinker, S. (2021). *La tabla rasa. La negación moderna de la naturaleza humana*. Paidós. Pinker en su obra dedica un capitulo a los científicos políticos y la posición de radicalidad científica. Narra diferentes ataques paradigmáticos a científicos como Hernnstein, Ekman, Wilson o Dawkins.por parte de otros científicos o movimientos radicales de conducta intolerante mediante el hostigamiento, difamaciones, distorsiones, citas manipuladas y libelos feroces, más recientemente.

95 Melich, J.C. (2014). *Lógica de la crueldad*. Herder.

o para-totalitarios, aquellos en los que existe una multitud de normas que regulan el comportamiento social pero bloquean la conciencia ética, esto es, la reflexión individual sobre la bondad inherente a un acto humano respecto a terceros, bloquean el proceso de interrogación de la propia conciencia individual. El individuo queda apresado en una prisión moral y pasa a repetir fórmulas y tópicos ideológicos del *mainstream*, alejado del imperativo categórico kantiano. La diferencia entre un régimen totalitario y uno para-totalitario es que el primero se presenta abiertamente como tal, mientras que el segundo se presenta en apariencia como un sistema político de libertades fundamentales pero se encuentra en un proceso de deriva velada de destrucción de las mismas.

Para el feminismo hegemónico de género de la actualidad, la violencia de pareja es unidireccional de hombre a mujer y atiende a una única causa: el ejercicio del poder como dominación, negando en todo caso la existencia de una violencia de mujer a hombre, salvo como reacción a esa opresión y como defensa propia. Sin embargo la violencia de la mujer contra el hombre viene siendo señalada como una realidad desde los primeros estudios epidemiológicos de hace ya más de 30 años. La existencia de lo *políticamente correcto* como distorsión social de la realidad ha ejercido una presión social para negar, minimizar e incluso banalizar este hecho[96].

---

96 Dutton, D. G., Nicholls, T. L. y Spidel, A. (2005). Female perpetrators of intimate abuse. *Journal of Offender Rehabilitation,* 41, 1-31.

Strauss[97], analizando más de 200 estudios, encontró diversas razones para la existencia de este sesgo y de la existencia de una creencia social que dista ampliamente de la realidad social, como son:

- Ocultar la evidencia.
- Evitar la obtención de evidencia de la perpetración femenina de las agresiones, mediante sesgos muestrales.
- Citación selectiva de las investigaciones en el ámbito.
- Establecer conclusiones que contradicen los propios datos obtenidos.
- Bloquear la publicación de artículos que reportan simetría de género en este aspecto.
- No financiar económicamente investigaciones acerca de la violencia de pareja de mujeres hacia hombres.
- Establecer acoso, amenazas y penalizar a investigadores que publiquen evidencias sobre esta cuestión.

Del común de las investigaciones que no responden a ninguno de los sesgos anteriores y donde las muestras poblacionales de estudio han sido tomadas equitativamente sin sesgos de género, se encuentran varias conclusiones en el mismo sentido:

- La violencia de pareja, entre hombre y mujer, se produce en ambos sentidos.

97 Strauss, M. (2010). Thirty Years of Denying the Evidence on Gender Symmetry in Partner Violence: Implications for Prevention and Treatment. *Partner Abuse*, vol.1, num.3.

- Cuantitativamente se produce en una proporción de perpetración similar, incluso ligeramente superior, según estudios, de mujer a hombre, tanto con respecto a violencia física como psicológica (Strauss, Soares) pese a que los efectos lesivos físicos de la violencia de hombre a mujer son superiores (Archer)[98].
- Tal violencia responde a diferentes causas: trastornos, problemas mentales, drogas, etc.
- Contrariamente al motivo de achacar a la violencia femenina motivos de defensa frente a agresiones masculinas, la misma se produce también de forma unilateral.

El acervo de estudios que componen el vasto universo de investigaciones respecto a la violencia de pareja es ingente. En nuestro caso, vamos a citar esencialmente las investigaciones de la profesora Nicola Graham-Kevan y el profesor Joaquim Soares por su tratamiento riguroso, sin sesgos de género y con largos años de investigación en el análisis profundo de la cuestión, condiciones por las que ambos fueron invitados a participar como expertos y exponer sus datos y conclusiones de estudio en una de las sesiones del foro Euromind[99], celebrada en diciembre de 2018 en el Parlamento Europeo de Bruselas.

98 Archer, J. (2000). Sex Differences in Aggression Between Heterosexual Partners: A Meta-Analytic *Review. Psychological Bulletin*, vol.126, núm.5, pp.651-680. *American Psychological Association*

99 Understanding Intimate partner Violencie Against Men https://euromind.global/es/espanol-understanding-intimate-partner-violence-against-men-spanish/#1553246959190-d6ec67c9-0e0e y https://www.youtube.com/watch?v=r488iYE8ZzM

Graham-Kevan en su revisión de la evidencia acerca de la perspectiva de género sobre la violencia doméstica en la pareja manifiesta que la misma ha venido siendo considerada como un problema unidireccional de la violencia del hombre sobre la mujer[100]. Y esto, según la autora es debido a un sesgo en las propias encuestas de investigación realizadas. De este modo, hace alusión a las encuestas del FRA (European Union Agency for Fundamental Rights)[101] sobre los 28 estados miembros, o incluso a las de la OMS (2005)[102] ya que únicamente incluyen en su muestra a mujeres y no a hombres, por lo que muestran peregrinamente graves carencias epistemológicas al omitir el estudio de la perpetración de violencia de pareja por parte de mujeres y, correlativamente la victimización de varones. En las citadas encuestas se incluyen preguntas acerca de violencia física, psicológica y sexual, victimización en la infancia, y acoso. Por otra parte, se utilizan muestras selectivas, tomando como sujetos a interrogar a mujeres gravemente victimizadas en refugios o servicios de emergencias.

Siguiendo a Graham-Kevan, la perspectiva o narrativa de género atribuye la violencia del hombre hacia la mujer a unos valores sociales y creencias patriarcales que conllevan la dominancia del varón sobre la mujer y su subordinación (Dobash y Dobash,

100 Graham-Kevan, N. (2017). The Gendered Perspective of Domestic (Intimate Partner) Violence: A Review of the Evidence. Euromind. https://euromind.global/en/nicola-graham-kevan/

101 https://fra.europa.eu/es/content/violence-against-women-survey-information

102 OMS (2005). WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Geneva. *World Health Organization*.

1979)[103], y no a otros diversos factores que inciden en ese ámbito (Dutton, 2006)[104] y en todo caso, intentando cubrir todo el espectro de posibilidades y para cerrar el círculo la violencia de mujer a hombre es interpretada como acto de defensa de una agresión previa (Dobash y Dobash, 2004)[105]. Sin embargo, esta construcción teórica ha sido contestada con intensidad como un soporte ideológico sesgado y sin verdadero soporte empírico.

Una verdadera perspectiva o enfoque de género, pero de ambos géneros, inclusiva, no puede menos que incorporar un análisis multifactorial de las diversas cuestiones que inciden en el fenómeno observado y que lleve la investigación hacia poder comprender el porqué de la activación de esos comportamientos en hombres y mujeres, tanto heterosexuales como homosexuales. Este enfoque inclusivo ha ido surgiendo a raíz de los hallazgos, inesperados de simetría sexual en los ratios de prevalencia de VP en estudios nacionales en EE.UU. desde la década de los años setenta, principalmente por Strauss y colegas, llegando a testar empíricamente la falta de primacía en las explicaciones de la VP como autodefensa, especialmente en aquellos casos de mujeres violentas frente a varones no violentos o violencia doméstica entre parejas de lesbianas. Se han encontrado motivaciones alternativas como el control, la ira y los celos hacia el compañero. Asimismo, Graham-Kevan, dada la simetría sexual en la VP, hace

103 Dobash, R.P. y Dobash, R.E. (1979). *Violence Against Wives*. New York: The Free Press.

104 Dutton, D. G. (2006). *Rethinking domestic violence.* Vancouver. UCB Press.

105 Dobash, R.P. y Dobash, R.E. (2004). Women's violence to men in intimate relationships. *British Journal of Criminology, 44*, pp. 324-349.

una advertencia a la mayoría de las campañas institucionales que discriminan por el género, ya que en la práctica pueden aumentar la violencia de mujeres hacia hombres y servir a su vez al mecanismo alimentador de la violencia recíproca de respuesta del hombre contra la mujer (Stith *et al.*, 2004)[106].

Respecto a la violencia de pareja basada en la coerción, en otro estudio de Graham-Kevan (Graham-Kevan y Powney, 2021)[107] se refleja la investigación inclusiva acerca de ese tipo de violencia. Su revisión de la literatura apunta también a una gran preponderancia de los estudios de victimización de mujeres y que debido a la narrativa de genero dominante y su influencia sobre las creencias sociales han dejado al varón en un estado de mayor vulnerabilidad al abuso sostenido, con especial riesgo de abuso en el momento de posdivorcio y una revictimización, incluso por parte de los servicios sociales de apoyo. Y esto, también trae como consecuencia los daños en los hijos de los varones, al verse afectada la relación con su padre. También se observa un recurso a las denuncias falsas ante la policía y servicios sociales (en dos terceras partes de los hombres de la muestra) y la pérdida del sentido de libertad debido a la sensación de control, con impacto en el estado psicofísico en el 80 % de los hombres de la muestra.

---

106 Stith, S.M., Smith, D.B., Penn, C.E., Ward, D.B., y Tritt, D. (2004). Intimate partner physical abuse perpetration and victimization risk factors: A meta-analytic review. *Aggression and Violent Behavior: A Review Journal,* 10, pp.65-98.

107 Graham-Kevan, N. y Powney, D. (2021). Male Victims of Coercive Control Experiences and Impact. *ManKind Initiative y University of Central Lancashire*.

Asimismo, se han observado diferencias de género en los tipos de control coercitivo, con tipos propios en la violencia de esta clase contra hombres como son: el no ser un buen proveedor de recursos, ser un mal padre, denigrar o desafiar su masculinidad, hacerle sentir un mal amante. También es de resaltar una violencia coercitiva a través del propio sistema social, mediante abuso legal y administrativo con utilización de la policía, el juzgado o los servicios sociales. Este tipo de abuso está relacionado con el desarrollo de trastorno de estrés postraumático y depresión en las victimas masculinas.

Respecto a los hijos, el comportamiento coercitivo de la mujer puede dañar directamente tanto la capacidad y eficacia parental del hombre como al desarrollo de los hijos. Se puede producir también prácticas de lavado de cerebro con la inducción al menor de escenarios prestados como el falso abuso al niño por parte del padre. También se pueden producir amenazas respecto a los hijos y su custodia como medida de control del esposo. La revisión sistemática de la literatura indica que la coerción por parte de la mujer es predictor en el varón de depresión, abuso de alcohol, ideación suicida y estado de ansiedad. El uso del control coercitivo legal y administrativo con amenazas a romper la relación parental y la amenaza de falsas denuncias pueden llevar al ostracismo social, arresto e incluso encarcelamiento del varón, perpetración que por otra parte no sucede en el caso de las mujeres.

Los autores llevaron a cabo dos estudios internacionales, el primero (Powney, Graham-Kevan y Willan, 2020) con una muestra de 1.347 participantes sometidos a una relación de pareja abusiva. El segundo (Graham-Kevan y Powney, 2020) con

una muestra de 2.086 participantes para evaluar específicamente su sometimiento a control coercitivo. Respecto al impacto en la salud psicofísica de las victimas masculinas sometidas a relaciones de pareja abusivas, se encontró trastorno de estrés postraumático en 8 de cada 10 varones, y en 43% de los casos incluso valores en la escala de medición capaces de llegar a suprimir el sistema inmunitario del individuo. Además de una metodología cuantitativa se llevó a cabo un estudio cualitativo, con cuestiones abiertas donde con respecto al control coercitivo se midió especialmente los términos de expresión lingüística que denotaban sentimientos, y los más utilizados fueron en este orden de ponderación: depresión, falta de ayuda, ansiedad, estrés y sentimiento de atrapamiento. También se mostró miedo, no tanto a la pareja como sí a las acciones que podían ser usadas por aquella: miedo a comportamiento de control, castigos por romper las normas de la coerción y miedo a denuncias falsas y pérdida de los hijos. Por otra parte, seis de las diez palabras más empleadas fueron: familia, niños (niño, hija, hijo) y contacto, lo que da a entender que la pérdida de los hijos es una preocupación mayor de las victimas masculinas de control coercitivo que comparten hijos con su pareja abusadora.

El primer estudio mostró diversos tipos y niveles severos de abuso de pareja en diversos ámbitos: amenazas, intimidación, emocional, aislamiento, económico, sexual y post-separación. En el segundo estudio se encontró un amplio rango de control coercitivo, similar al de las mujeres. Sin embargo, en el caso de los varones se encontraron coerciones específicas como amenazas de falsas denuncias de violación en un 28% de los casos, retirada

de métodos de contracepción sin conocimiento del varón en un 29% los cuales incluían casos de paternidad forzada[108]. Adicionalmente, las mujeres perpetradoras mostraron a los hijos para controlar al varón tanto en la relación como en la post-separación, en 4 de cada 5 casos amenazando con llevarse a los niños y en un 51% con impedir verlos si no se atendían sus demandas de dinero.

La violencia de pareja, legal y administrativa (*legal and administrative partner agression*), es una de las formas de violencia de pareja menos explorada por la literatura científico-académica. Es la violencia que se produce a partir de la manipulación de recursos legales y administrativos al objeto de controlar o infligir daño emocional y económico al compañero (Berger, Douglas y Hines, 2015). Y esta violencia sostenida tiene consecuencias en la salud tanto en el progenitor víctima de ella como en sus hijos. La agresión consiste en el uso fraudulento del sistema judicial.

Este tipo de violencia, puede ser perpetrada por ambos sexos, pero habitualmente tiene mayor incidencia en la victimización del varón, debido al uso de los estereotipos y del relato de la narrativa de género, de que solo el hombre puede perpetrar la violencia de pareja, lo que dificulta el reconocimiento de ese abuso por parte de las instituciones sociales.

---

108 Por otra parte, el fraude parental constituye también una forma de muy grave de violencia indirecta, atribuyendo falsamente la paternidad a un varón y no se considera un crimen en la mayoría de los países. En Francia incluso se prohíbe hacer las pruebas genéticas a título particular bajo sanción de 15.000€ y un año de cárcel (Jiménez, 2019, *op.cit.*).

Es una estrategia usada frecuentemente en los procesos de separación conyugal, especialmente con hijos. Las acciones suelen consistir en falsas acusaciones de maltrato, maltrato o abuso sexual a los hijos y otro tipo de delitos. Esto obliga al varón a necesitar una cantidad económica muy sustancial, tiempo, y otros recursos para probar su inocencia en los tribunales. Muchos hombres pierden injustamente su casa, sus recursos y a sus hijos debido a esta razón. Los procesos judiciales suelen ser muy largos, costosos y proporcionales al deterioro del estado de ánimo y la salud de las víctimas. Aparece el miedo a la pérdida del contacto con los hijos, por la amenaza o la consumación de esta por parte de la pareja

Este uso indebido del sistema judicial suele ser también utilizado de forma no infrecuente para vetar la posibilidad de una justa custodia compartida de los hijos después de la separación y adquirir por el perpetrador/a la custodia exclusiva de los hijos. A eso se le sumará después las amenazas con no ver a los hijos; amenazas que muchas veces se cumplirán y que son psíquicamente en extremo dolorosas, llevando en casos extremos a la autolisis de la víctima, cuando la misma ya no ve otra salida a esa violencia sostenida y sin ayuda externa de ningún tipo.

Existe una correlación directa entre ser víctima de este tipo de maniobras abusivas y el deterioro de la salud mental y/o física de la misma. Diversas investigaciones realizadas, como la citada de Graham-Kevan y Powney (2020) demuestran un incremento significativo del riesgo a adquirir y padecer patologías como la depresión nerviosa crónica o el trastorno de estrés postraumático (TEPT), de los cuales la agresión de este tipo es predictor.

También se ha hallado afectación de la salud mental en los hijos de estás víctimas y la adquisición de comportamientos derivados como el desobedecer las normas de los padres o de otros adultos en la escuela.

En el caso del profesor Joaquim Soares y su equipo de investigación, encontramos toda una intensa actividad investigadora que fue auspiciada y financiada por la propia Comisión Europea y que se llevó a cabo bajo las siglas de proyecto DOVE (Domestic Violence against Men/Women in Europe). El objeto del proyecto consistió en el diseño de un estudio transversal que posibilitase comparar el fenómeno de la violencia de pareja en ocho países europeos, de una forma inclusiva, con mujeres y hombres, tanto desde la perspectiva de victimización como de perpetración. Formaron parte de la muestra mujeres y hombres de entre 18 y 64 años de edad, residentes en diversas ciudades que representaran cierta diversidad geográfica y cultural: Gante (Bélgica), Stuttgart (Alemania), Atenas (Grecia), Budapest (Hungría), Porto (Portugal), Östersund (Suecia), Londres (Reino Unido) y Granada (España). La muestra final estuvo constituida por 3.496 individuos (1.470 hombres y 2.026 mujeres). El grupo investigador se vio obligado a excluir a dos ciudades: Gante y Granada. La primera ciudad, Gante, debido a no alcanzar la suficiente muestra prevista (n=245) y la segunda, Granada, debido a la misma razón (n=138) con la particularidad manifestada de las dilaciones por parte del Instituto Nacional de Estadística (INE) en la facilitación de los respectivos datos y, textualmente, "la renuencia pública en tratar de la violencia doméstica después de una importante exposición

mediática"[109]. Este último dato probablemente puede tener conexión con las deficiencias encontradas en España respecto a la representatividad de las estadísticas en homicidios de pareja, teniendo como víctimas a varones. Los resultados del estudio mostraron unas frecuencias, tanto de victimización como de perpetración similares en VP, excepto para la coerción sexual, más preponderante en la perpetración por hombres[110] [111].

Por otra parte, el profesor Soares y su equipo llevaron a cabo un exhaustivo metaanálisis[112] sobre VP, en la variante de violencia de tipo físico en diversas regiones geográficas: África, Asia/Pacífico, Europa/Cáucaso, Latinoamérica y Caribe, Oriente medio y países anglosajones, obteniendo los siguientes resultados:

- Victimización: con 153 estudios de victimización en 54 países con una muestra de 466.488 personas (208.273

109 Costa, D., Soares, J., Lindert, J., Hatzidimitriadou, E., Karlsso, A., Sundin, Ö., Toth, O., Ioannidi-Kapolou, E., Degomme, O., Cervilla, J. y Barros, H. (2013). Intimate partner violence in Europe: design and methods of a multinational study. *Gaceta Sanitaria*, 27(6): 558-561, p.560.

110 Costa, D., Soares, J., Lindert, J., Hatzidimitriadou, E., Sundin, Ö., Toth, O., Ioannidi-Kapolou, E. y Barros, H. (2015). Intimate partner violence: a study in men and women from six European countries. *Int.J.Public Health*. Feb. Swiss School of Public Health.

111 Dias, Fraga, Soares, Hatzidimitriadou, Ioannidi-Kapolou, Lindert, Sundin, Toth, Barros y Ribeiro (2020). Contextual determinants of intimate partner violence: a multi-level analysis in six European cities. *Int.J.Public Health*. Nov. Swiss School of Public Health.

112 Men are too victims of intimate partner violence. https://euromind.global/es/espanol-understanding-intimate-partner-violence-against-men-spanish/ https://www.youtube.com/watch?v=r488iYE8ZzM

mujeres) de edad entre 11 y 70 años. Se encontró simetría (18,7% en varones y 18.3 % en mujeres).

- Perpetración: 151 estudios en 44 países con una muestra de 289.190 personas (125.700 mujeres) en edades de 11 a 75 años, encontrándose análoga simetría: 27,4 % para mujeres y 26,8 para varones.

Las conclusiones del estudio fueron las siguientes:

- Los resultados se suman a la evidencia previa sobre la simetría de la VP física.
- A pesar de que se han producido mejoras, no se ha prestado mucha atención al abuso físico hacia los hombres a nivel nacional e internacional por parte de los diseñadores de políticas públicas, planificadores y proveedores de atención médica y social, organizaciones gubernamentales y no gubernamentales que trabajan con la violencia de pareja, los medios de comunicación y el público en general.
- Es muy importante la existencia de una necesidad urgente de modificar los enfoques de prevención y tratamiento para incluir a los hombres víctimas y aceptar la simetría de la VP física.
- También considera importante la modificación de las políticas, reglamentos y leyes sobre la VP para que se incluyan a los hombres como víctimas y aceptar la simetría de la VP física. Organizaciones supranacionales como la ONU y la UE deberían cambiar sus enfoques sobre la VP y su financiación.

- Es de vital importancia la difusión de los medios de comunicación acerca de los factores que inciden sobre la VP.

Según Hamel[113] en las naciones industriales occidentales, existe un alto nivel de simetría de género en el abuso de pareja. Sin embargo, denuncia que los esfuerzos por reducir la violencia doméstica se han visto obstaculizados por políticas públicas que favorecen modelos feministas rígidos basados en teorías erróneas del patriarcado y que estereotipan a los hombres como perpetradores y a las mujeres como víctimas. Para Hamel la violencia de pareja no puede entenderse completamente sin considerar que la familia involucra por naturaleza dinámicas mutuas y requiere intervenciones basadas en una evaluación sistémica y comprensión de cada caso. En su modelo asistencial, se pueden utilizar todas las modalidades y el tratamiento se desarrolla en un enfoque de tres fases para maximizar tanto la efectividad del tratamiento como la seguridad de la víctima.

113 Hamel, J. (2009). Gender Inclusive Treatment of Intimate Partner Abuse (GIST). 2009. Journal of Aggression, Conflict and Peace Research 1(3): 71-76.

Tabla 1. Aproximaciones al tratamiento de la violencia doméstica	
Enfoque tradicional	**Enfoque de género inclusivo**
Prioridad	
Proteger a mujeres y niños de la violencia del hombre y hacer a este responsable de sus acciones	Proteger de la violencia a todas las víctimas de la familia y hacer responsables a todos los perpetradores.
Foco	
Varón perpetrador de violencia de pareja	Violencia familiar
Basado en	
• Teoría sociológica feminista • Estudios de criminología • Datos clínicos extraídos de refugios de mujeres maltratadas y programas de violencia doméstica de varones	• Teorías sobre sistema familiar, conflicto y aprendizaje social e investigaciones en agresión humana. Encuestas nacionales y revisiones metaanalíticas. • Datos clínicos obtenidos desde un amplio rango de recursos.
Política actual y consecuencias del tratamiento	**Política alternativa y consecuencias del tratamiento**
• Financiación de mujeres víctimas, pero no para hombres víctimas. • Mandato de tolerancia cero. Arrestos policiales basados en la mayor fuerza física del varón y desincentivar el arresto mutuo, ignorar el problema de la violencia mutua y la violencia de la mujer como perpetradora • Leyes estatales con talla única en el grupo de trata miento,	• Teorías sobre sistema familiar, conflicto y aprendizaje social e investigaciones en agresión humana. Encuestas nacionales y revisiones metaanalíticas. • Datos clínicos obtenidos desde un amplio rango de recursos. La prioridad en la financiación se dirige a las víctimas de la violencia más severa independientemente de su sexo.

Continúa

Política actual y consecuencias del tratamiento (*Cont.*)	Política alternativa y consecuencias del tratamiento (*Cont.*)
prohibición de terapia individual o de familia. El sesgo heterocéntrico omite la atención a las realidades de la VP en gays y lesbianas.	• Se ofrece información a todas la víctimas, incluyendo esfuerzos para ayudar a los hombres a superar el estigma asociado a las denuncias a la violencia de mujeres. • Arrestos policiales sin discriminación de sexo, deberán basarse en antecedentes de violencia, incluyendo el abuso mutuo. • Leyes estatales deberán permitir intervenciones basadas en las evaluaciones y necesidades de cada familia en particular, donde la seguridad de la víctima sea una preocupación principal. • La realidad de la violencia gay/lesbiana debería ser reconocida.
Impacto en las familias	
• Perpetradores de nivel inferior, habitualmente varones, forzados a tomar responsabilidad antes de que se agrave la violencia. • Solo el perpetrador es enviado a tratamiento; otros, ya sea víctimas o co-perpetradores deben buscar su tratamiento voluntariamente. • Costes financieros y legales: el esposo no tratado que en disposición de seguir abusando	• Perpetradores de nivel inferior, de ambos sexos, forzados a tomar responsabilidad antes de que se agrave la violencia. • El tratamiento obligatorio lo será para ambas partes, al menos que sea contraindicado por razones de seguridad, incrementará la efectividad de las intervenciones. • Los niños tendrán menor probabilidad de ser victimizados

Continúa

Impacto en las familias (*Cont.*)	
del compañero y llevar esta disfunción a su siguiente relación, victimizando aún más a los niños.	en la actual familia, o en la siguiente después de un divorcio.

Fuente: Hamel[114] (2014: xxi) . Trad. propia del original.

Asimismo, Esquivel-Santoveña, Lambert y Hamel (2013)[115] en su exhaustiva investigación meta-analítica internacional de 162 artículos acerca de la VP llegan a unos resultados en la misma línea paritaria que Soares y su equipo de investigación concluyendo el alto nivel de simetría por sexos en la VP en las naciones occidentales.

Según el psiquiatra Pablo Malo[116], la realidad científica sobre la VP, indica que se trata de un fenómeno multifactorial donde se juntan factores genéticos, baja educación académica, clase social y tipo de matrimonio, abuso de alcohol, edad, posible maltrato infantil, bajos ingresos familiares, traumatismos craneoencefálicos, trastornos de personalidad, ideación autolítica del agresor, trastornos del apego y factores culturales.

Este conjunto de posibles factores incidentales contrasta con la simpleza del paradigma de género que no los tiene en

114 Hamel, J. (2014). Gender-Inclusive Treatment of Intimate Partner Abuse. Evidence-based approaches. Springer, p.xxi

115 Esquivel-Santoveña, Lambert y Hamel (2013). Partner Abuse Worldwide. *Partner Abuse*, vol.4, núm.1.

116 Malo, P. (2018). El paradigma de género no explica la violencia de pareja. *Evolución y neurociencias.* https://evolucionyneurociencias.blogspot.com/2018/05/el-paradigma-de-genero-no-explica-la.html.

cuenta e invisibiliza la violencia de mujer a varón. Es especialmente interesante la explicación de Malo acerca de la ignorancia, o negación sistemática de la psicología y la naturaleza humana que considera al ser humano de forma simplista y reduccionista como una tabla rasa, sin tener en cuenta la herencia filogenética. Malo discrepa del paradigma de género respecto al sufrimiento de un ser humano (hombre o mujer) ante el abandono de su pareja y los sentimientos de carencia, celos, y suplica de no ser abandonado, tal como sucede en los comportamientos de otros primates y mamíferos. Malo cita a Einsberger *et al.* (2003)[117]:

> Hay algo en la exclusión por parte de los demás que es percibido como perjudicial para nuestra supervivencia, como algo que físicamente duele y nuestro cuerpo sabe esto automáticamente (…) Puedes imaginar que esta parte del cerebro está activa cada vez que somos separados de nuestros compañeros más cercanos. Estaría desde luego activa cuando experimentamos una pérdida, tal como la muerte o el final de una relación.

Malo atribuye al paradigma de género su hegemonía en los últimos 30 años, tal como indicó Strauss, pese a tener una base científica nula que no refleja la complejidad de la mente humana, principalmente por razones morales pero faltas de ética y a instintos coalicionales, pesando más en la mayoría de personas el instinto de defender a su grupo que la búsqueda de la verdad.

117 Eisenberger N., Lieberman MD. y Williams KD. (2003). Does rejection hurt? An MRI study of social exclusion. *Science*. 302:290-292.

Graña y Cuenca[118], en su estudio con 3.578 parejas heterosexuales de la ciudad de Madrid encontraron que en violencia de pareja la agresión más frecuente fue la de tipo bidireccional y que las variables edad y tiempo de la relación fueron predictores significativos de la agresión bidireccional física y psicológica, siendo las parejas más jóvenes y las que llevan menos años de relación las que más se agredían. Los autores también apuntan a la contradicción de los resultados con la tendencia general de los medios de comunicación masivos en países como España, que consideran que la VP es principalmente causada por el varón.

Muñoz y Echeburúa[119] consideran las diferentes manifestaciones de la violencia psicológica de pareja: aislamiento, intimidación, uso de amenazas, confundir cognitivamente a la víctima, abuso emocional, sometimiento económico, utilización de menores, acoso, etc. Hacen alusión a la diferencia de VP según Johnson[120] entre una violencia controladora coactiva o terrorismo íntimo y una violencia situacional, asociada a los conflictos de pareja y la gestión en la ruptura de la misma. Los autores hacen mención a que el peso de la perspectiva de género en el estudio de la VP ha sido duramente criticado por diferentes autores, que

118 Graña, J.L. y Cuenca, M.L. (2014). Prevalence of psychological and physical intimate partner agression in Madrid (Spain): A dyadic analysis. *Psicothema*, vol. 26, núm.3, 343-348

119 Muñoz, J.M. y Echeburúa, E. (2016). Diferentes modalidades de violencia en la relación de pareja: implicaciones para la evaluación psicológica forense en el contexto legal español. *Anuario de Psicología Jurídica*, 26, 2-12.

120 Johnson, M.P. (2011). Gender and types of intimate partner violence: A response to an anti-feminist literature review. *Agression and violent behavior*, 16, 289-296.

consideran que ha limitado el tratamiento del fenómeno por la comunidad científica, ha sesgado la investigación realizada (preguntando únicamente a la mujer por su experiencia victimizante y al hombre por su conducta victimizadora) y ha condicionado el tratamiento jurídico en muchos países. Otra cuestión es que las consecuencias de la violencia física sean más graves sobre la mujer que sobre el hombre. Apuntan los autores que el sesgo de la mujer como menos violenta no solo influye en la sociedad en general, sino también en la reacción de jueces, tribunales y policías.

Muñoz y Echeburúa, consideran la violencia situacional asociada a los conflictos de pareja como fruto de la falta de habilidades de comunicación y de estrategia adecuadas para afrontar los problemas surgidos en la relación de pareja, debido a carencias en el proceso de socialización. El recurso a la violencia suple los déficits de comunicación y de gestión de conflictos. Estas dinámicas relacionales disfuncionales actúan como fuente de estrés y, por tanto, pueden originar o agravar una alteración mental. Este tipo de violencia es susceptible de tratamiento en terapia de pareja con buen pronóstico, tanto para reorientar la relación como para facilitar la ruptura de una manera adaptativa.

Asimismo, en el caso de ruptura de la pareja, no es infrecuente la aparición de una violencia sin antecedentes en la relación hasta ese momento, debido al gran estrés que suele conllevar ese proceso de separación. La separación supone afrontar un enorme número de cambios, lo que es fuente de desorientación y ansiedad que puede requerir de un periodo de recuperación de hasta varios años. Los antecedentes de trastornos como el narcisista o el límite pueden maximizar distorsiones cognitivas

y actitudes hostiles hacia el otro, que pasa a ser un antagonista. Esta violencia es causada por sentimientos de rencor y venganza. La solicitud de la custodia de los hijos es frecuentemente en estos casos un elemento catalizador de la violencia, especialmente cuando se da la privación del libre acceso a aquellos. Esto se puede prolongar hasta la mayoría de edad de los hijos. Se produce incluso grave violencia mediante denuncias penales instrumentales incluso no solo involucrando a los hijos sino para hacer daño a la expareja. El daño que recibe la expareja mediante esta violencia alienadora puede agravarse por reactividad del progenitor dañado y entrar en una espiral de violencia desatada.

Muñoz y Echeburúa también advierten a la necesidad de atender a posibles fenómenos de simulación, sobre estimulación o disimulación que se suelen dar en los contextos forenses al objeto de obtener beneficios secundarios y hace alusión al caso concreto de la violencia de género, para la agilización y ventajas en el proceso civil de divorcio u obtención de beneficios sociales recogidos en la Ley Orgánica 1/2004 de violencia contra la mujer o a la intención de perjudicar al denunciado.

Según Loinaz[121], la imagen social y estereotípica de las mujeres (p.ej., más débiles, víctimas objetivo, más creíbles y maternales) también ha jugado en contra de la aceptación de su papel como agresoras. Al efecto que se ha dado históricamente al tratar de forma diferente a la mujer delincuente se le ha denominado *caballerosidad*, aunque también se ha considerado *sexismo benevo-*

121 Loinaz, I. (2014). Mujeres delincuentes violentas. *Psychosocial Intervention*, 23, p.187-198_

lente, paternalismo o incluso patriarcado. En esencia, las mujeres que se ajustan al estereotipo son tratadas de forma benévola mientras que las que se distancian son castigadas de forma más grave.

9. La perspectiva de género y su irrupción en el ordenamiento jurídico: las leyes de género. La institucionalización del maltrato al varón. El derecho de género y el derecho degenerado.

La perspectiva de género es la forma alternativa dulcificada que recoge los resultados del activismo social de la ideología de género. El propio sustantivo *perspectiva* ya indica un sesgo en la observación, análisis y valoración de un fenómeno. Denota centrar el foco y observar atentamente en una dirección concreta, en lugar de hacerlo en su máxima amplitud angular, para tener una imagen lo más completa posible y por lo tanto más cercana a la realidad de ese fenómeno. De hecho, en el propio diccionario de la RAE, de las diversas acepciones que este ofrece, se contempla la de "apariencia o representación engañosa y falaz de las cosas"

Cualquier fenómeno social es posible ser observado desde muy diversas perspectivas, dependiendo del eje y la posición del observador, el problema epistemológico es que entonces estamos sometiendo nuestra observación a prejuicios, reduccionismo científico y por tanto tal observación dependerá del subjetivismo del propio observador. Los tiempos de la cohesión e inclusión social con el término *unisex*, muy usado en décadas

anteriores, han quedado atrás[122]. Ahora es el tiempo de la separación, de la segregación social por sexos, y de la búsqueda incesante de una igualdad que nunca acaba de llegar precisamente a través de reivindicar y maximizar las diferencias y las prebendas asimétricas, una verdadera confusión social. El vocablo *unisex* se remonta a los años 60 como una tendencia social internacional que buscó diluir las diferencias de género entre varones y mujeres, mediante aspectos de la apariencia física como el estilo de la vestimenta o el corte de pelo: varones con el pelo largo y mujeres con el pelo corto a lo *garçon*, mujeres con pantalones y varones con bolsos de mano.

La perspectiva de género introduce su sesgo en el ordenamiento jurídico español en 2004 con la subida al poder del partido socialista. Es llamativo, como se comentó anteriormente, que este mismo partido fue el que derogó en 1983 la debilidad penal de la mujer como agravante, recogida ancestralmente desde el primer Código Penal español de 1822[123]. El entonces llamado como "desprecio de sexo" atribuía indefensión y cierta falta de capacidad a la mujer respecto al varón por el mero hecho de serlo, de forma análoga a los menores de edad. Esta concepción de la mujer como discapacitada respecto al varón fue mantenida en la Primera y Segunda República Española, y

122 Según la RAE, *unisex* siginifica que algo es adecuado o está destinado tanto para hombres como para mujeres.

123 El artículo 109 del Código Penal de 1822 establecía: "En todos los delitos contra las personas, serán circunstancias agravantes contra el reo la tierna edad, el sexo femenino, la dignidad, la debilidad, indefensión, desamparo o conflicto de la persona ofendida"

posteriormente por el régimen del general Franco hasta el primer gobierno socialista de 1982.

Las leyes penales como parte integrante del ordenamiento jurídico de una sociedad, constituyen un reflejo de las dinámicas, principios y valores de aquella a través del tiempo y de lo que se considera que debe constituir el orden social. En consecuencia, la historia de la legislación penal de un país corre paralela al devenir colectivo. En España, desde el primer Código Penal de 1822, se han sucedido diversas modificaciones que han pretendido irse adaptando no solo al sentir social y a la moral imperante en cada momento, sino también a la forma de gobierno y las dinámicas políticas. Por ende, el seguir las sucesivas transformaciones del Derecho penal ofrece una imagen paralela a los diferentes periodos históricos que se han ido produciendo.

El delito de uxoricidio es una cuestión que, en la actualidad puede ser estremecedora, pero que estuvo vigente hasta la reforma del año 1963. El parricidio legal, *honoris causa*, excusaba mediante una pena menor, la de destierro, el asesinato de la mujer cónyuge por parte del marido agraviado si se efectuaba en flagrante delito de adulterio[124]. Este hecho, constitutivo de verdadera barbarie humana a los ojos de hoy, se derivaba de la moralidad de la época, que consideraba un acto reflejo compensatorio de la reputación y el honor gravemente perjudicados del marido

124 La condición absolutoria del artículo 438 del Código Penal de 1870, fue reproducida casi literalmente en el concordante artículo 428 de la reforma del Código Penal de 1944: "El marido que sorprendiendo en adulterio a su mujer matare en el acto a los adúlteros o alguno de ellos, o les causare cualquiera de las lesiones graves, será castigado con pena de destierro. Si les produjere lesiones de otra clase, quedará exento de pena".

así como un ejercicio inadecuado de la sexualidad de la mujer fuera de las convenciones legales y sociales.

En el Código Penal de 1973, se encuentra el antecedente de la violencia de pareja por trato hostil hacia aquella. Así en su artículo 583 se reconoce a la violencia de pareja ejerciendo la punición del Estado sobre "los maridos que maltratasen a sus mujeres cuando no les causasen lesiones", así como a "las mujeres que maltratasen de palabra u obra a sus maridos". Esta desafortunada asimetría penal en contra de la mujer puede considerarse un precursor del futuro artículo 153 del Código Penal de 1995. Sin embargo, aquella asimetría afortunadamente desapareció con la reforma del Código Penal de 1983[125].

El Código Penal de 1995, también conocido como el código penal *de la democracia*, reprodujo lo anterior, pero incluyendo en el delito de malos tratos en el ámbito familiar a los ascendientes y a los hijos. Desde ese momento van surgiendo nuevas reformas penales sobre la cuestión, en 1999, 2003 (tres reformas en ese año), hasta desembocar en la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de medidas de protección integral contra la violencia de género. Esta ley, incide sobre el Código Penal y produce una asimetría penal por sexos como la anterior asimetría, pero esta vez de signo inverso; el ciclo opuesto de la llamada *ley del péndulo*.

El 8 de octubre de 2004 el Congreso de los Diputados español aprobó por unanimidad la ley 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Géne-

125 El mismo partido PSOE que derogó la debilidad penal de la mujer en 1983 por considerarla victimizadora y ofrecer un trato desigual vuelve a introducirla involutivamente en 2004 en el ordenamiento jurídico.

ro. La fecha de entrada en vigor, coincidente con el día de los Santos Inocentes, se reveló como una profecía autocumplida, de cuyos riesgos ya avisó el propio Consejo General del Poder Judicial en las conclusiones de un contundente informe anterior de fecha 24 de junio de aquel mismo año.

Frente a esta ley se presentaron 127 cuestiones de inconstitucionalidad que cuestionaban el agravamiento de género para incrementar las penas en caso de lesiones, malos tratos, amenazas y coacciones leves cuando los cometen hombres contra sus parejas o exparejas (art.153.1 del Código Penal). El Tribunal Constitucional, en una sentencia de 2008, no exenta de incidencias (fue aprobada pero no por unanimidad, sino que recibió el apoyo de siete magistrados frente a cinco que no estaban de acuerdo con el fallo), validó la ley de género.

Una ley que a menudo es glosada como supuesto ejemplo internacional por el partido que la introdujo, el Partido Socialista Obrero Español, pero lo cierto es que en toda Europa no existe ninguna ley discriminante análoga, e incluso como en el caso de Francia, fue vetada la propuesta por considerar la Asamblea Nacional que vulneraba derechos civiles fundamentales[126]. La citada *ley de género*, constituye Derecho *penal de autor*, es decir que solo es aplicable a una parte de la ciudadanía, y por determinismo genético, a varones. Asimismo, esa ley creó tribunales especiales para juzgar solo a hombres heterosexuales, cuyos antecedentes como ya se ha comentado, se remontan a la Alemania bajo el

126 En Francia existe la Ley 399/2006 de 4 de abril que fue aprobada para la prevención y la represión de la violencia en el seno de la pareja (sin distinción de sexo) o cometida contra menores.

régimen nacionalsocialista y en España a la *Ley de vagos y maleantes* de 1933 bajo la Segunda República y que fue modificada por el régimen del general Franco en 1954 para incluir y reprimir a ciudadanos de orientación homosexual.

El balance social de los 18 años desde la aprobación de esta ley anticonstitucional de facto no puede ser más iatrogénico e ineficiente[127]. De una parte, la desgraciada cifra de asesinatos de pareja mujeres no ha variado un ápice en absoluto, fluctuando ligeramente en torno a una media de 58 anuales (datos INE, periodo 1999-2021). De la cifra de hombres asesinados a manos de sus parejas mujeres, no se ofrecen oficialmente datos; hay que buscarlos desperdigados en ardua labor en la diáspora de la prensa local. Las series temporales históricas desde 2004, pese a todos los recursos legales y miles de millones económicos invertidos presentan una tasa sin la mínima variación estadística significativa. Todo un despilfarro de fondos públicos directos o transversales desde distintos ministerios. Por muy lamentable que sea la cifra de un solo asesinato de mujer (o de varón), esta representa en España una significatividad estadística de un 0,0002% sobre el total de la población de sexo femenino. Este valor relativo es casualmente coincidente con la probabilidad de recibir una descarga fatal por caída de un rayo (datos según *Centers for Desease Control and Prevention*-CDC). De hecho, es una tasa de homici-

127 Carrasco, A. y Aguiló, M. (2023). Una mirada retrospectiva a la existencia de Ley integral de Violencia de Género en España. Balance a los 18 años de su entrada en vigor. The Objective. 13/2/2023. Se reproduce aquí parcialmente el artículo. https://theobjective.com/elsubjetivo/opinion/2023-02-13/ley-violencia-genero-espana/

dios muy inferior que la tasa de otros países del entorno europeo y que la propia tasa de asesinatos de hombres, ya sea a manos sus parejas mujeres o de otros hombres. En España, la tasa del total homicidios por sexos viene siendo de una media anual de 1.3 hombres, mientras que la de mujeres viene siendo de 0.2, ambos por 100.000 habitantes, es decir, la de hombres es 5 veces mayor que la de mujeres (datos INE, periodo 2010-2018).

La mayoría de las mujeres asesinadas no habían hecho uso de esa ley *especial*, al no presentar denuncias previas, mientras que a raíz de las campañas de *concienciación* ciudadana, se han visto multiplicadas exponencialmente las denuncias de maltrato, especialmente ante coyunturas de separación conyugal con hijos, con unos resultados en los juzgados muy elocuentes: a lo largo de estos 18 años, de la cifra aproximada de 160.000 denuncias anuales, vienen existiendo una media del 80% de absoluciones, sobreseimientos y desistimientos, ello sin entrar en la cifra de condenas por delito de lo que antes de esa ley eran meras faltas en el ámbito penal.

Como es lógico en el país de la picaresca y del Lazarillo de Tormes, muchas mujeres se lanzaron a denunciar *maltrato*, cuando en esas campañas no se diferenciaba entre una situación de conflicto menor (por ejemplo, en un divorcio) y una situación de verdadero y grave maltrato. Sin embargo, durante todo este tiempo han existido grandes beneficiarios ilegítimos de la disfuncionalidad social y de la instrumentalización que ha traído la ley; lo que ya advirtió el CGPJ en junio de 2004. Gracias al sufrimiento atroz de muchas personas y familias, han podido nutrir su tesorería, entre otros, toda una serie de asociaciones de

mujeres, de mujeres juristas, de centros de acogida y las propias mujeres denunciantes. De estas últimas, a tenor de las propias cifras del CGPJ, se puede deducir que una inmensa mayoría no tendrían que haber recibido esa *financiación del maltrato* y las que sí debieran haberlo recibido con causa justificada han recibido las migajas sobrantes después de nutrir a toda esa serie de agentes intermediarios beneficiarios de la que ya se denomina la *industria del maltrato*.

Dentro de ese grupo de financiados por la ley de género también se encuentran abogados de oficio que recibiendo unas minutas paupérrimas por asistir a las denunciantes que, sean verdaderas víctimas, pseudo-víctimas, victimarias o finalmente ninguna de las tres categorías de denunciantes que el ámbito jurídico muestra, tienen derecho a justicia gratuita por el hecho de ser mujeres. Otros grupos notables de agentes o entidades financiadas, aunque aún más suculentamente, son las Corporaciones Locales. Desde el 2005 la gran mayoría de los ayuntamientos españoles han recibido subvenciones cuyo módulo cuantitativo es fijado en función del número de denuncias interpuestas en su localidad y promovidas desde su concejalía de igualdad (véase por ejemplo la Disposición Final Tercera del RDL 9/2018). En apariencia, todos contentos; todos excepto las víctimas de los efectos colaterales de la aparición de esa ley.

Las consecuencias de esta ley en la sociedad española, como decíamos, han sido atroces. En los últimos 18 años, se han destrozado cientos de miles de familias, se ha dañado, en algunos casos de manera irreversible, a una infinidad de niños que se encontraban de repente en medio del conflicto que suelen aparejar en

muchos casos las separaciones conyugales. Existen no pocos casos de niños con padecimiento de problemas psicológicos e incluso psiquiátricos, derivados de desvinculaciones paternas indebidas y brutales basadas en falsos testimonios e interferencias parentales no debidamente atendidas por la Administración de Justicia.

Se ha inducido al suicidio a hombres (muchos de ellos, padres) debido a la indefensión a la que se les ha sometido a muchos, a falsas acusaciones, a penas desproporcionadas y a ser apartados de sus propios hijos. La literatura médica psiquiátrica considera las causas de ruptura familiar unos de los factores más estresantes del varón, que deterioran su salud mental con una incidencia mucho mayor a la de la mujer y con una incidencia del suicidio de tres de cada cuatro casos.

Se ha fomentado directa e indirectamente el odio y miedo en muchas mujeres hacia los hombres, apelando a esa construcción vejatoria posmoderna y paladín del odio sexista que expresa el término indigno, andrófobo y deshumanizante de la *masculinidad tóxica*. Se ha conseguido que la sociedad en general sufra un fenómeno de disonancia cognitiva, generando una creencia social, no funcional, resistente por inercia y uso masivo a todo dato objetivo que la contradiga: en este caso, el relato *mata el dato,* empecinándose tal *narrativa de género* en que la sociedad vea que *el rey no está desnudo* y que no se vea al *elefante en la habitación.* Este fenómeno ha afectado, por ejemplo, a servidores públicos como la policía, hasta el punto de disuadir a hombres maltratados para que no denuncien y, si finalmente lo hacen, poder acabar en la paradoja de ser detenidos: no es infrecuente la inversión de los términos y roles de víctima-victimario.

Ha afectado también a los servicios sociales. No es infrecuente la existencia de las asimetrías en la percepción y el tratamiento del maltrato familiar. A los padres varones se le condena y estigmatiza incluso por errores accidentales o nimiedades mientras que a las madres se les reviste de una conmiseración y disculpa en casos graves. El mismo despropósito en los llamados *puntos de encuentro*. Lejos de contribuir a su obligación legal y moral de procurar atenuar la tensión familiar, existen muchos casos donde, incluso, el conflicto es avivado hasta la aparición o agravación de la violencia familiar.

Y afecta a la Administración de Justicia. En los procesos judiciales contenciosos de familia se cometen verdaderos fraudes por estafas procesales por parte de operadores jurídicos, muy a menudo: el uso indiscriminado e instrumental sin apenas respuesta penal de denuncia falsa de maltrato hacia esposa o hijos (la temible *bala de plata*), la denuncia de abuso sexual hacia los hijos por parte del padre, cuando la denuncia anterior de maltrato no prospera (la *bala de platino*). Mientras tanto, los niños siguen al cuidado de su madre, auspiciadora del sufrimiento por maltrato psicológico y emocional de ser privados injustamente de su padre, este habitualmente con deterioro de su salud mental y los problemas laborales y económicos que suelen estar vinculados.

Esta es una grave forma de maltrato, socialmente no reconocida, hacia el padre y los hijos: el tabú social de la maternidad. Y esa falta de reproche penal en la práctica, ante esas acciones ilegitimas producen además el colapso de la justicia en asuntos de familia. La retroalimentación de casos irresolubles de demandas y contra demandas, denuncias y contra denuncias, de las que

solo sacan beneficio los abogados pleitistas que se garantizan un cliente por varios lustros hasta que el niño se hace mayor de edad.

Las consecuencias en algunos casos han sido catastróficas y siguen algunas líneas del crimen encubierto que probablemente se pudiera haber evitado: el hombre que se suicida. Casos como el del papá M.H., que en su desesperación al ser privado de ver a su hija se quemó a lo bonzo delante de un juzgado de violencia contra la mujer, ocurrido en Jaén en junio de 2018. O el espantoso caso del anciano belga Jean Lucien de 74 años, cuidador de su mujer Godelieve con un trastorno psiquiátrico anterior por depresión severa, que fue encarcelado como presunto homicida de ella. Lucien se quitó la vida al sumar al dolor de la muerte de su esposa, el no poder soportar la falaz acusación. Después se comprobó que Godelieve se había suicidado, como el forense ya había apuntado previamente a la autopsia. La detención de ciudadanos varones, en los procedimientos policiales y judiciales del *por si acaso,* sin garantías civiles fundamentales, con vulneración de derechos humanos, con trato como un terrorista y con daños morales y psíquicos a los ciudadanos detenidos, como en los regímenes totalitarios.

Estos casos de violencia institucional solo suelen aparecer en la prensa local o ni siquiera: el hombre mata a la madre o los hijos y después se suicida (o no), la mujer que mata al padre o los hijos y se suicida (o no). Desde el ámbito asociativo se viene observando un incremento de la violencia por parte de la mujer hacia el hombre y los niños. Y es indudable la contribución a ello de las campañas promovidas por la radicalización actual del feminismo y subvencionadas por los sucesivos gobiernos, de odio histórico e irracional hacia el varón.

Para mayor abundancia del despropósito institucional del género, en el año 2017, se creó en el seno del Congreso de los Diputados, una *Subcomisión para un Pacto de Estado en materia de Violencia de Género*. Las actas oficiales donde se recogen los trabajos de la Subcomisión[128] reflejan una nueva vuelta de tuerca en la estigmatización social y maltrato al varón a través de la infiltración total del feminismo de género más radical y de la búsqueda del enfrentamiento entre sexos en una institución política de la importancia del Congreso de los Diputados.

En tales registros, además del primer sesgo en la selección de los miembros de la comisión (en su aplastante mayoría mujeres), del sesgo de los participantes en las ponencias, prácticamente en su totalidad pertenecientes o cercanos a la órbita del feminismo de género, de su análisis de contenido se observa, entre otros elementos, lo siguiente:

- Un lenguaje plagado de expresiones de la ideología de género. El uso de la palabra machismo/machista se repite 187 veces a lo largo del documento.
- La criminalización constante del varón por el hecho de serlo, con frases tan elocuentes como la siguiente: "Los hombres han de asumir la violencia masculina como una cuestión que tiene que ver con su genética" (p.35).
- Privación a los hijos del contacto con su padre por existir conflicto con la madre, mezclando irresponsable e imprudentemente el conflicto de pareja con la parentalidad.

128 Boletín Oficial de las Cortes Generales (BOCG), núm.199, 3/8/2017. https://www.congreso.es/public_oficiales/L12/CONG/BOCG/D/BOCG-12-D-199.PDF

- Rechazo frontal a la mediación en la pareja, cuando la gran mayoría de casos son por mera conflictividad sin violencia, confundiendo ambos términos. De hecho, la denuncia de violencia de género es usada frecuentemente como ya hemos manifestado con anterioridad, como un recurso fraudulento, para obtener ventajas en el proceso civil de guarda y custodia de los hijos.

Expresiones muy lamentables de despropósito, androfobia y de muestra de una gran ignorancia y torpeza humana en el tratamiento del fenómeno de la conflictividad de pareja. Unas expresiones realmente *eficaces* para aumentar el enfrentamiento social entre sexos, desde una institución pública como es el Parlamento, supuesta sede del diálogo cívico, del respeto a los derechos humanos, la igualdad y el Estado de Derecho.

Referencias

Adorno, T. (1969). *Prismen. Kulturkritik und GesellSchaft*. Suhrkamp.

Alberdi y Escario (2017). Los hombres jóvenes y la paternidad. *Fundación BBVA*. https://www.fbbva.es/wp-content/uploads/2017/05/dat/DE_2007_hombres_jovenes.pdf

Anatrella, T. (2008). *La diferencia prohibida. Sexualidad, educación y violencia. La herencia de mayo de 1968*. Encuentro.

Arce, Fariña y Seijo (2005). Razonamientos judiciales en procesos de separación. *Psicothema*, 17, 1, pp.57-63.

Archer, J. (2000). Sex Differences in Aggression Between Heterosexual Partners: A Meta-Analytic Review. *Psychological Bulletin*, vol.126, núm.5, pp.651-680. *American Psychological Association*

Asimov, I. (2023). *Yo, Asimov. Memorias.* Arpa

Barry, J. y Coffey, A. (eds.) (2017). The Harry's Masculinity Report. *University College London*. https://www.menandboyscoalition.org.uk/wp-content/uploads/2018/01/The-Harrys-Masculinity-Report.pdf

Bauman, Z. (2003). *Modernidad líquida*. Fondo de Cultura Económica.

Baker, A. (2017). *Hijos del SAP. Reparar el vínculo roto*. Almuzara.

Beck, U. (2002). *La sociedad del riesgo global*. Siglo veintiuno.

Bejar, H. (2006). *El mal samaritano. El altruismo en tiempos del escepticismo*. Anagrama.

Benjamin, W. (2021). Tesis s*obre el concepto de historia y otros escritos. Alianza.*

Berger, J., Douglas, E. y Hines, D. (2015). The Mental Health of Male Victims and Their Children Affected by Legal and Administrative Partner Agression. *Agressive Behavior*. Wiley Periodicals, Inc.

Boletín Oficial de las Cortes Generales (BOCG), núm.199, 3/8/2017. https://www.congreso.es/public_oficiales/L12/CONG/BOCG/D/BOCG-12-D-199.PDF

Boulton, D. (1978). *La historia de Patricia Hearst.* Plaza & Janés.

Brooks, S.K. y Greenberg, N. (2021). Psychological impact of being wrongfully accused of criminal offences: A systematic literature review. *Medicine, Science and the Law*, vol. 61(1): 44–54.

Calvo, M. (2011). *La masculinidad robada*. Almuzara.

Calvo, M. (2015). La importancia de la figura paterna en la educación de los hijos: estabilidad familiar y desarrollo social. *The Familiy Watch. Instituto Internacional de estudios sobre la familia*. https://www.thefamilywatch.org/wp-content/uploads/Informe20151.pdf

Cantón, J. (2016). *Perpetradores y víctimas de violencia en la pareja*, en Cantón, Cortés Justicia y Cantón (2016), *Violencia doméstica, divorcio y adaptación psicológica. De la disarmonía familiar al desarrollo de los hijos.* Pirámide.

Carbó, E. (2017). El negacionismo del SAP. Un análisis de sus fundamentos. En Fernández-Cabanillas (comp.), *Manual del Síndrome de Alienación Parental. Claves para comprender el maltrato psicológico infantil en casos de divorcio: la situación en España,* pp-175-212. Paidós.

Carlsund A, Eriksson U, Löfstedt P, Sellström E. (2012). Risk behaviour in Swedish adolescents: is shared physical custody after divorce a risk or a protective factor? *European Journal of Public Health*.

Carrasco. A. y Aguiló, M. (2023). Una mirada retrospectiva a la existencia de Ley integral de Violencia de Género en España. Balance a los 18 años de su entrada en vigor. *The Objective*. 13/2/2023. Se reproduce aquí parcialmente el artículo. https://theobjective.com/elsubjetivo/opinion/2023-02-13/ley-violencia-genero-espana/

Céline, L.F. (1994). Viaje al fin de la noche. Círculo de Lectores.
Corman, A. (1980). *Kramer contra Kramer*. Bruguera. Barcelona.
Costa, D., Soares, J., Lindert, J., Hatzidimitriadou, E., Karlsso, A., Sundin, Ö., Toth, O., Ioannidi-Kapolou, E., Degomme, O., Cervilla, J. y Barros, H. (2013). Intimate partner violence in Europe: design and methods of a multinational study. *Gaceta Sanitaria*, 27(6): 558-561, p.560.
Costa, D., Soares, J., Lindert, J., Hatzidimitriadou, E., Sundin, Ö., Toth, O., Ioannidi-Kapolou, E. y Barros, H. (2015). Intimate partner violence: a study in men and women from six European countries. *Int.J.Public Health*. Feb. Swiss School of Public Health.
Chinchilla, N., Grau, M. y Moreno, C. (2021). Feminismo sinérgico: una primera aproximación, pp.63-71, en Delgado, J.J. (coord.) *Sexo, género y violencia*. Dykinson.
De Fabrique, N., Van Hasselt, V.B., Vecchi, G.M. y Romano, S.J. (2007). Common variables associated with the development of Stockholm syndrome: Some case examples. *Victims and offenders*, núm.2, pp.91-98.
Dias, Fraga, Soares, Hatzidimitriadou, Ioannidi-Kapolou, Lindert, Sundin, Toth, Barros y Ribeiro (2020). Contextual determinants of intimate partner violence: a multi-level analysis in six European cities. *Int.J.Public Health*. Nov. Swiss School of Public Health.
Díaz-Herrera, J. (2006). *El varón castrado. Verdades y mentiras de la violencia doméstica en España.* Planeta. Barcelona.
Dobash, R.P. y Dobash, R.E. (1979). *Violence Against Wives.* New York: The Free Press.
Dobash, R.P. y Dobash, R.E. (2004). Women's violence to men in intimate relationships. *British Journal of Criminology, 44*, pp.324-349.
Dutton, D. G. (2006). *Rethinking domestic violence.* Vancouver. UCB Press.
Dutton, D. G., Nicholls, T. L. y Spidel, A. (2005). Female perpetrators of intimate abuse. *Journal of Offender Rehabilitation,* 41, 1-31.
Echeburúa y De Corral (2009). El homicidio en la relación de pareja: un análisis psicológico. *Eguzkilore*, núm.23 pp.139-150. San Sebastián.
Eisenberger N., Lieberman MD. y Williams KD. (2003). Does rejection hurt? An MRI study of social exclusion. *Science*. 302:290-292.
Esquivel-Santoveña, Lambert y Hamel (2013). Partner Abuse Worldwide. *Partner Abuse*, vol.4, núm.1.
Euromind Project. Men are too victims of intimate partner violence. European Parliament.https://euromind.global/es/espanol-understanding-intimate-partner-violence-against-men-spanish/ https://www.youtube.com/watch?v=r488iYE8ZzM

Euromind Project. Understanding Intimate partner Violencie Against Men. European Parliament. https://euromind.global/es/espanol-understanding-intimate-partner-violence-against-men-spanish/#1553246959190-d6ec67c9-0e0e y https://www.youtube.com/watch?v=r488iYE8ZzM

Farrell, W. (1993). *The myth of male power: Why men are the disposable sex*. Simon & Schuster.

Fernández-Kranz, D., Nollenberger, N. y Roff, J. (2020). Bargaining under Threats: The Effect of Joint Custody Laws on Intimate Partner Violencie. *IZA - Institute of Labour Economics*, núm. 13810. https://www.iza.org/publications/dp/13810/bargaining-under-threats-the-effect-of-joint-custody-laws-on-intimate-partner-violence

Frankl, V. (2015). *El hombre en busca de sentido*. Herder. Barcelona.

Frankl. V. (1983). *La psicoterapia al alcance de todos*. Herder. Barcelona.

Fukuyama, F. (1989). ¿El fin de la historia? *The National Interest*.

Garrido, V. (2019). *Los hijos tiranos. El síndrome del emperador.* Ariel.

Generalitat Valenciana. Plan de Prevención del Suicidio y manejo de la conducta suicida, 2017. https://www.san.gva.es/documents/156344/6939818/Plan+prevenci%C3%B3n+de+suicidio_WEB_CAS.pdf

Giddens, A. (2000). *Sociología*. 3ª ed. Alianza.

González, J.L., Ibañez, J. y Muñoz, A.M. (2000). Introducción al estudio de las sectas. *Papeles del psicólogo,* núm.76, pp.51-56. https://www.redalyc.org/pdf/778/77807608.pdf

Gov.uk. Key findings from analysis of domestic homicide reviews: October 2019 to September 2020. https://www.gov.uk/government/publications/key-findings-from-analysis-of-domestic-homicide-reviews/key-findings-from-analysis-of-domestic-homicide-reviews#appendix-1-management-information-report-questions

Graham-Kevan, N. (2017). The Gendered Perspective of Domestic (Intimate Partner) Violence: A Review of the Evidence. *Euromind*. https://euromind.global/en/nicola-graham-kevan/

Graham-Kevan, N. y Powney, D. (2021). Male Victims of Coercive Control Experiences and Impact. *ManKind Initiative* y *University of Central Lancashire*.

Graña, J.L. y Cuenca, M.L. (2014). Prevalence of psychological and physical intimate partner agression in Madrid (Spain): A dyadic analysis. *Psicothema*, vol. 26, núm.3, pp.343-348.

Halla, M. (2013). The Effect of Joint Custody on Family Outcomes. *Journal of the European Economic Association*, vol. 11, núm.2, pp.278-315

Halla, M. (2015). Do joint custody laws improve familiy well-being?. *IZA World of Labour*, núm. 147. https://wol.iza.org/articles/do-joint-custody-laws-improve-family-well-being/long

Hamel, J. (2009). Gender Inclusive Treatment of Intimate Partner Abuse (GIST). 2009. *Journal of Aggression, Conflict and Peace Research*, vol.1, núm.3, pp.71-76.

Hamel, J. (2014). *Gender-Inclusive Treatment of Intimate Partner Abuse. Evidence-based approaches*. Springer.

Heidegger (2011). *Tiempo y ser.* Tecnos.

Hobbes (1651). *Leviatán*.

Jiménez, D. (2019). *La deshumanización del varón. Pasado, presente y futuro del sexo masculino*. Psimática

Johnson, M.P. (2011). Gender and types of intimate partner violence: A response to an anti-feminist literature review. *Agression and violent behavior*, 16, 289-296.

Loinaz, I. (2014). Mujeres delincuentes violentas. *Psychosocial Intervention*, 23, p.187-198.

Maalouf, A. (2005). *Identidades asesinas*. Alianza.

Machado, A. (2006). *Campos de Castilla*. Cátedra.

Malo, P. (2018). El paradigma de género no explica la violencia de pareja. *Evolución y neurociencias*. https://evolucionyneurociencias.blogspot.com/2018/05/el-paradigma-de-genero-no-explica-la.html.

Malo, P. (2019). Deshumanizando al varón**.** *Evolución y Neurociencias.* https://evolucionyneurociencias.blogspot.com/2019/03/la-deshumanizacion-del-varon.html

Malo, P. (2021). *Los peligros de la moralidad. Por qué la moral es una amenaza para las sociedades del siglo XXI*. Deusto. Barcelona.

Marcuse, H. (1972). *El hombre unidimensional: ensayo sobre la ideología de la sociedad industrial avanzada*. Seix Barral. Barcelona.

Mèlich, J.C. (2012). *Filosofía de la finitud*. Herder. Barcelona.

Melich, J.C. (2014). *Lógica de la crueldad*. Herder.

MenCare (2019). *Estado de los Padres en el Mundo. Liberando el potencial de los hombres en el cuidado*. www.men-care.org.

Ministère de l'Intérieur (2021). Étude Nationale sur les Morts Violentes au sein du couple. https://www.interieur.gouv.fr/actualites/actualites-du-ministere/etude-nationale-sur-morts-violentes-au-sein-du-couple-2021

Ministerio del Interior. Formularios policiales del riesgo. Protocolo VPR (Valoracion policial del riesgo) y VPER. La valoración policial del riesgo de violencia contra la pareja en España – Sistema VioGén. España. 2018. Madrid.

Muñoz, J.M. y Echeburúa, E. (2016). Diferentes modalidades de violencia en la relación de pareja: implicaciones para la evaluación psicológica forense en el contexto legal español. *Anuario de Psicología Juridica*, 26, 2-12.

Nielsen (2011). Shared parenting after divorce: A Review of Shared Residential Parenting Research. *Journal of Divorce & Remarriage*, 52 (8): 586-609.

Organización Mundial de la Salud - OMS (2005). *WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: initial results on prevalence, health outcomes and women's responses.* Geneva. *World Health Organization.*

Papa, A, Neira, Y. y Litz, B. (2008) Traumatic Bereavement in War Veterans en *Psychiatric Annals*, 38:10.

Parro-Jiménez, Morán, Gesteira, Sanz y García-Vera (2021) en Duelo complicado: una revisión sistemática de la prevalencia, diagnóstico, factores de riesgo y de protección en población adulta de España, Anales *de Psicología*, 37, 2. pp-189-201.

Pinker, S. (2008). *The Sexual Paradox. Troubled Boys, Gifted Girls and the Real Difference Between the Sexes*. Random House.

Pinker, S. (2017). Las diferencias de sexo y la brecha de género. *Tercera Cultura. Ciencia para el debate público*. http://www.terceracultura.net/tc/las-diferencias-de-sexo-y-la-brecha-de-genero/

Pinker, S. (2021). *La tabla rasa. La negación moderna de la naturaleza humana*. Paidós.

Platón. 399 a.C. Apología de Sócrates.

Quintana, M.A. (2019). Lo que la derecha no entiende de la izquierda actual. *TheObjective.* https://theobjective.com/elsubjetivo/opinion/2019-07-18/lo-que-la-derecha-no-entiende-de-la-izquierda-actual/

Quintana, M.A. (2023). Helena Béjar: o por qué hacernos cargo. *Ideas*. La Gaceta de la Iberosfera. https://ideas.gaceta.es/helena-bejar-o-por-que-hacernos-cargo/

Sanahuja, M. (2010a). La custodia compartida como modelo preferente. https://www.portuigualdad.info/pdf/ponencia-de-maria-sanahuja.pdf

Sanahuja, M. (2010b). Mujeres, trabajo y custodia compartida. *El País*. 16 de octubre.

Sariego, J.L. (2023). La fatídica edad de los 12 años en los procesos de familia. *Confilegal*. https://confilegal.com/20230716-la-fatidica-edad-de-los-12-anos-en-los-procesos-de-familia/

Schopenhauer, A. (2015) Spicilegia: Philosophische Notizen aus dem Nachlass. Beck.

Stith, S.M., Smith, D.B., Penn, C.E., Ward, D.B., y Tritt, D. (2004). Intimate partner physical abuse perpetration and victimization risk factors: A meta-analytic review. *Aggression and Violent Behavior: A Review Journal, 10, pp.*65-98.

Strauss, M. (2010). Thirty Years of Denying the Evidence on Gender Symmetry in Partner Violence: Implications for Prevention and Treatment. *Partner Abuse*, vol.1, num.3.

Tercera Cultura. Cuando las brechas de género en salud mental afectan más a los hombres. http://www.terceracultura.net/tc/cuando-las-brechas-de-genero-en-salud-mental-afectan-mas-a-los-hombres/

Thoreau, H.D. (1849). Desobediencia civil y otros escritos.

Valente, J.A. (2014). *Palais de Justice*. Galaxia Gutenberg.

Vilar, E. (1973). *El varón domado*. Grijalbo.

Welldon. E. (2013). *Madre, virgen, puta. Un estudio de la perversión femenina.* Psimática.

Whitley, R. y Drake, R.E. 2010, Recovery: A Dimensional Approach. *Psychiatric Services* 61: 1248-50.

Whitley, R. (2017). Suicide in Men: A Pan-national Epidemic.. *Euromind Project.* Mujeres fuertes, hombres frágiles. Ponencia en el Parlamento Europeo. Bruselas. Marzo 2017. https://www.youtube.com/watch?v=ra-2JAZq5sR0

Wittgenstein, L. (2017). *Tractatus Logico-Philosophicus.* Tecnos.



La salud mental de los hombres

Capítulo 1
Introducción a la salud mental y los problemas de los hombres

Resumen

Los varones, en comparación con el sexo femenino, experimentan índices más elevados en una variedad de problemas de salud mental, como son el suicidio, el consumo de sustancias, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, así como índices más bajos de utilización de los servicios de salud mental. Además, los varones adultos y los niños muestran cada vez más dificultades en ámbitos como la educación y el empleo, con un mayor riesgo de estancarse en un bajo nivel educativo y de fracaso en su emancipación como individuos. Estas dificultades se explican a veces de forma simplista y unidireccional aludiendo a un concepto singular, la masculinidad, sin ejercer ninguna visión periférica que indague y examine el contexto social y los factores demográficos en los que se presentan. Este enfoque reduccionista ha tendido a dominar endémica e indebidamente el discurso sobre la salud mental del varón, situándose así en un territorio limítrofe con la culpabilización y estigmatización de los hombres afectados. En este capítulo se aboga por la adopción de un nuevo enfoque de la salud mental masculina inspirado en la salud pública y centrado en factores sociales determinantes. Este nuevo abordaje implicaría ir más allá de un estrecho enfoque unidimensional en el con-

cepto de masculinidad y en su lugar se centraría en los factores demográficos y epidemiológicos que afectan negativamente a la salud mental de los hombres, incluyendo 1) los estereotipos dañinos sobre ellos; 2) la brecha de empatía de género; y 3) la *ceguera de género* masculina. Estos tres conceptos se describen y se ilustran con varios ejemplos, incluyendo las víctimas masculinas de la violencia de pareja y los debates recientes sobre el género y el COVID-19.

Palabras clave: salud mental masculina, salud pública, determinantes sociales, brecha de empatía de género, violencia de pareja, COVID-19.

Este es un mundo de hombres, ¿o, tal vez no lo es? Las estadísticas recientes indican que los varones sufren numerosas dificultades o disparidades en las sociedades occidentales modernas. Los medios de comunicación se han hecho eco de la brecha salarial entre hombres y mujeres, en la que los hombres ganan, por término medio, más dinero que las mujeres; una cuestión compleja que se retoma en un capítulo posterior donde se tratarán las cuestiones acerca del empleo (*vid.* capítulo 8). Pero, ¿qué sucede con las muchas otras diferencias de género en las que los varones están en peor situación que las mujeres? Son también cuestiones complejas que se analizan en los distintos capítulos de este libro, entre ellos:

1. La brecha sanitaria, ya que los hombres tienen un mayor riesgo de padecer una variedad de problemas de salud men-

tal, como el suicidio, el abuso de sustancias y el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, así como un menor índice de utilización de los servicios sanitarios.
2. La brecha educativa, ya que los chicos abandonan la escuela secundaria con una tasa mucho mayor que las chicas, también obtienen peores resultados en los exámenes de todos los niveles educativos, y los varones jóvenes constituyen ahora una minoría del total de los estudiantes en estudios posteriores a la enseñanza secundaria.
3. La brecha en la justicia: los hombres tienen más probabilidades de recibir sentencias con penas más graves por el mismo delito que las mujeres, y mayor probabilidad de obtener resultados desfavorables en el ámbito jurisdiccional de familia.

Muchas de estas brechas de género son desconocidas por el público general, y algunas se vienen agravando, con el perjuicio de millones de varones en todo el mundo occidental. El resultado de ello constituye en muchos casos una tragedia no solo para los propios varones, sino también para sus familias, amigos y la sociedad en su conjunto. Por ello, se nos presenta como esencial documentar los hechos y debatir las causas subyacentes de los numerosos problemas psicosociales que afectan de forma desproporcionada a los varones. Ahí radica el propósito de este libro. El objetivo y ánimo de esta obra es informar y educar al lector sobre estas cuestiones fundamentales, centrándose en la salud mental y el bienestar de los varones. Es pretensión de este libro contribuir a proporcionar a los médicos, a los profesionales de los servicios sociales, a los responsables políticos, a los investigadores, a

los profesores, a los académicos y a quienes se interesen en estas cuestiones, una información concreta, concisa y actualizada que pueda ser útil para el mejor abordaje de los problemas que afectan a los varones. Es de esperar y desear que el contenido de esta obra pueda inspirar especialmente a los principales actores y agentes sociales, a quienes corresponda tomar medidas para mejorar la vida de los varones, adultos y niños, en la clínica, el aula, el lugar de trabajo o cualquier otro ámbito social o personal.

Para ello, este libro va más allá de los tópicos simplistas, reduccionistas y unidimensionales que culpan a los propios hombres de sus problemas existenciales, un fenómeno conocido en el ámbito de las ciencias sociales como *culpabilización de la víctima* o *victim blaming* (Richards *et al.*, 2003; Crawford, 1977). Este fenómeno se refiere a una tendencia a atribuir la responsabilidad exclusiva de una enfermedad física o mental a las creencias, comportamientos, actitudes y elecciones de estilo de vida individuales del propio individuo que padece la enfermedad; un fenómeno común en la literatura sobre psicología masculina y en el discurso público más amplio (Bilsker *et al.*, 2018; Whitley, 2018; Essex, 1996).

La culpabilización de las víctimas suele estar basada en un sesgado enfoque que muestra discordancia con un amplio conjunto de investigaciones sobre salud pública, las cuales indagan en el contexto social e indican que los resultados de la salud están determinados por una constelación de factores de nivel supraindividual (Marmot, 2005, Wilkinson, 1999, Krieger, 1994). Un ejemplo de culpabilización de las víctimas se encuentra en los escritos populares que culpan de los problemas de salud mental de los hombres a rasgos estereotipados individualmente como pue-

den ser la terquedad o el estoicismo, sin pararse a ejercer ninguna visión contextual que examine el entorno social y los factores determinantes a nivel supraindividual. A menudo, esto implica el uso de una vaga terminología pseudointelectual que pretende describir las causas subyacentes de los problemas de salud mental de los hombres, con conceptos *globo* como son por ejemplo, el *privilegio masculino* o la *masculinidad tóxica*. Estos términos, por otra parte, además de que no son validados desde el ámbito científico, distorsionan y falsean a todo un sexo, calificándolo como privilegiado en el mejor de los casos o en el peor de ellos con adjetivaciones muy peyorativas e incluso se podría decir que vejatorias y degradantes de toda dignidad humana.

Como venimos diciendo, en lugar de adoptar un enfoque de culpabilización de las víctimas, este libro se centra en los determinantes sociales más amplios de la salud mental de los varones, con un enfoque en el contexto social y las influencias culturales. Esto busca el ajuste con mayor fidelidad al enfoque estándar adoptado en la investigación en salud pública, el cual utiliza una lente de gran angular para examinar la compleja red de causalidad a través de un análisis holístico y multinivel (Kawachi *et al.*, 2020; Berkman *et al.*, 2014; Krieger, 1994). En este sentido, se incluye un examen de los factores sociales como la educación (capítulo 7) y el empleo (capítulo 8), evaluando su influencia en los resultados individuales como el suicidio (capítulo 2) y el abuso de sustancias (capítulo 3). Por definición, este enfoque de amplio espectro en salud pública evita la mencionada culpabilización de las víctimas que se observa en el discurso y los estudios centrados en los atributos a nivel individual. Este enfoque se va a utilizar a

lo largo de este libro, con el fin de adoptar un marco novedoso y actual para tratar los problemas y la salud mental de los hombres, fijando el foco en 1) los determinantes sociales de la salud mental; 2) las influencias en los resultados psicosociales; y 3) el cambio sociocultural más amplio que está afectando a los varones.

1.1 Más allá de la masculinidad

El enfoque que vamos a emplear implica ir más allá de una perspectiva singular en el concepto de *masculinidad*, con una variedad de autores que han señalado recientemente que esta ha tendido a dominar indebidamente el discurso sobre la salud mental de los varones (Liddon y Barry, 2021; Seager y Barry, 2019; Whitley, 2018; Poole, 2016). Este enfoque, a nuestro juicio indebido, implica situar estereotipadamente la masculinidad tradicional en un marco ya de por si peyorativo. Por ejemplo, en un reciente informe del Parlamento Europeo se atribuían los problemas de salud mental en los hombres a "la masculinidad tendente a fomentar la supresión de las emociones o el recurso a la ira" (Committee on Women's Rights and Gender, 2016). Otras organizaciones como la Organización Mundial de la Salud orientan "programas con varones adultos y niños incluyendo debates premeditados sobre el género y la masculinidad" como respuesta a los problemas de los hombres (Barker *et al.*, 2007).

Los límites de esta excesiva concentración en el concepto ancestral de la masculinidad se señalan en un documento reciente titulado, a nuestro juicio muy acertadamente *Men's Health: Be-*

yond Masculinity, en el que se señala que diversos programas y políticas de salud masculina "han venido situando el problema en la masculinidad [y] sugiriendo que el problema está en la propia cabeza de los hombres", lo que aboga por una mejor consideración de los determinantes sociales y el contexto social (Elder y Griffith, 2016). Otros investigadores han llegado a una conclusión similar, como un informe de la Men's Health Initiative of British Columbia que señala que un enfoque individual en el supuesto papel patológico de la masculinidad corre el riesgo de "culpar a la víctima, subestimar los rasgos masculinos positivos, y alienar a los hombres en los que tratamos de instilar comportamientos saludables" (Bilsker *et al.*, 2010).

Este enfoque individual de *la masculinidad* puede conducir a impulsar una agenda de investigación sesgada y también a esfuerzos de promoción de la salud que pueden verse autolimitados en su impacto. Por ejemplo, la US Agency for Healthcare Research and Quality financió una serie de vallas publicitarias con el eslogan "Este año miles de hombres morirán de obstinación" (Elder y Griffith, 2016). Del mismo modo, el sitio web de Beyond Blue, una organización benéfica australiana dedicada al tratamiento de la salud mental, manifiesta en su página web dedicada a la salud mental masculina que "los hombres son conocidos por encorsetar las cosas" (Whitley, 2018). Tales campañas muestran un trasfondo acerca de que los resultados de la salud mental de los hombres están principalmente determinados por sus creencias y actitudes individuales (e inherentemente autodestructivas). Pero, como se expondrá en este libro, se trata de un limitado marco unidimensional de la cuestión que no es coherente con

la literatura más amplia sobre salud pública. O tal vez peor aún, puede contribuir al mencionado enfoque de culpabilización de las víctimas que puede exacerbar los problemas de salud mental masculinos y disuadir de la utilización de los servicios de salud mental en los varones. Ante esta tesitura, el contenido de este libro intenta evitar deliberadamente el centrarse en el concepto ancestral y arquetípico de masculinidad, y en su lugar indaga en un cuidadoso examen del contexto social y cultural.

1.2 Salud mental y cuestiones masculinas

Los términos *salud mental masculina y problemas de los hombres* hacen referencia a dos campos que se entrelazan y solapan, pese a que no existen aún definiciones consensuadas de estos dos términos relacionados. En este libro, en los capítulos del 2 al 6 se abordan cuestiones que convencionalmente se caracterizarían como problemas de salud mental masculina, si se adoptara una definición tradicional del término. El capítulo 2 trata del suicidio masculino, el capítulo 3 de los problemas de abuso de sustancias y adicciones y el capítulo 4 del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Se eligieron estas cuestiones para analizarlas en profundidad al principio del libro, ya que una considerable investigación epidemiológica indica que los varones presentan estos problemas de salud mental en una proporción significativamente mayor que las mujeres. Así, cada uno de estos capítulos explora las diferencias de sexo en la prevalencia, así como las causas subyacentes y las posibles explicaciones de los elevados índices entre

los varones. El capítulo 5 se centra en la depresión, que tradicionalmente se ha considerado que afecta más a las mujeres que a los hombres en una proporción de aproximadamente 2 a 1. En ese capítulo se examina la literatura que sugiere que los hombres pueden ser más resilientes a la depresión, así como otras investigaciones que señalan que las diferencias entre hombres y mujeres pueden estar distorsionadas debido a los sesgos de medición y de reporte de los datos, lo que apunta a la posibilidad de que los hombres tengan en realidad tasas similares a las de las mujeres. En el capítulo 6 se examina un corpus creciente de investigaciones que indican que los hombres tienden a infrautilizar los servicios sociales de salud mental, siendo más propensos que las mujeres a recurrir a servicios de salud mental más informales. Esto conlleva una interpretación de los patrones diferenciales en el uso de los servicios por sexos, así como una exploración de los factores subyacentes en el uso de los servicios.

En resumen, los capítulos del 2 al 6 están dedicados a temas que podrían caracterizarse como cuestiones fundamentales de la salud mental de los varones, adoptándose una definición esencial del término. Los capítulos del 7 al 10 amplían el contexto para discutir algunos de los factores que se han caracterizado como *problemas de los hombres*, vinculando estos problemas a los resultados de salud mental descritos en los capítulos anteriores. ¿Cuáles son estos supuestos problemas de los hombres? En primer lugar, varios autores han argumentado que el sistema educativo está fallando con los niños y con los varones jóvenes, debido a que experimentan elevadas tasas de abandono, suspensión y expulsión de la escuela secundaria, así como bajas tasas de matricu-

lación en la educación superior (Farrell y Gray, 2019; Sax, 2016; Hoff Sommers, 2013). Esta brecha educativa es preocupante, ya que el bajo nivel educativo se ha correlacionado con una variedad de incidencias de salud mental. Esto se analiza en el capítulo 7. En segundo lugar, un creciente conjunto de investigaciones indica que muchos hombres tienen dificultades para adaptarse a los grandes cambios en el mundo laboral, en particular los hombres que llevan a cabo trabajos no cualificados y los que carecen de educación postsecundaria (Case y Deaton, 2020; Zimbardo y Coulombe, 2016; Baumeister, 2010). Este hecho viene provocando altas tasas de desempleo y de *fracaso en la emancipación* de los hombres afectados, lo que de nuevo se ha correlacionado con una afectación de la salud mental; esto se analiza en el capítulo 8. En tercer lugar, las tendencias sociales indican un cambio masivo en la configuración de la familia típica en las últimas décadas, con un aumento de los divorcios, de las personas solteras y de los hogares unipersonales, lo que puede influir en el bienestar psicosocial y en la seguridad ontológica más amplia (Bauman, 2003; Beck y Beck-Gernsheim, 1995; Giddens, 1992). En el caso de los hombres, estos cambios suelen provocar la separación de los hijos, altos índices de soledad y carencias de apoyo social, que se han relacionado con una salud mental deteriorada; todo ello se analiza en el capítulo 9. En el último capítulo se reúnen todos estos aspectos en una recensión a modo de conclusión en la que se apuntan formas diferentes de abordar los problemas psicosociales y de salud mental que afectan a una parte importante de la población masculina.

1.3 Problemas comunes

Cada capítulo de este libro aborda cuestiones relacionadas con un tema central de manera profunda y exhaustiva, siendo autónomo en sí mismo. No obstante, hay una serie de conceptos esenciales que atraviesan transversalmente los distintos capítulos y que se retoman reiteradamente con frecuencia para aclarar los puntos tratados. En particular, hay tres conceptos que se entrelazan y solapan para sustentar la tesis central de este libro, y son 1) los estereotipos de género de los hombres; 2) la brecha de empatía de género; y 3) la ceguera de género masculina. Estos tres conceptos se definen a continuación, ofreciendo ejemplos para su mejor comprensión.

1.3.1 Estereotipos de género de los hombres

Las evidencias procedentes de diversas fuentes indican la existencia de estereotipos de género arraigados en varios ámbitos de la sociedad, en los que a veces se encasilla a los hombres más negativamente que a las mujeres. Un fenómeno bien investigado se conoce como el *efecto de las mujeres son maravillosas* (o *efecto halo*). Estos términos fueron acuñados sobre la base de la investigación que indica que las personas suelen atribuir rasgos significativamente más positivos y agradables a las mujeres que a los hombres (Krys *et al.*, 2018; Rudman y Goodman, 2004; Eagly y Mladinic, 1994). Curiosamente, tanto los hombres como las mujeres tienden a poseer estos estereotipos sesgados, ya que las mujeres suelen ser estereotipadas como cálidas y afectuosas, mientras que los

hombres suelen ser estereotipados como dominantes y agresivos (Reynolds *et al.*, 2020; Kite y Whitley, 2016).

Una manifestación común de estos estereotipos de género sesgados es la conocida dicotomía polarizante de considerar a la *mujer como víctima* y al *hombre como victimario y villano*. A través de esa percepción social, se presenta a los hombres como amenazas para el orden social y a las mujeres como víctimas pasivas indefensas, independientemente de las circunstancias reales (Reynolds *et al.*, 2020; Synnott, 2016; Baumeister, 2010). Este estereotipo contribuye a las actitudes y creencias públicas más amplias sobre los hombres y las mujeres, y puede alimentar las políticas que emanan de los gobiernos, así como de las instituciones locales, los servicios sanitarios, las escuelas y las fuerzas del orden. Como se observará a lo largo de este libro, este estereotipo (y sus políticas asociadas) puede ser muy perjudicial para la salud mental de los hombres, ya que puede encasillarlos de una manera estereotipada (es decir, como villanos, perpetradores, agresores o maltratadores), lo que puede conducir a su demonización en los entornos locales. Esta demonización puede ser especialmente grave cuando se cruza con otros estereotipos peyorativos. Por ejemplo, los varones de raza negra (Oliver, 2003), los militares veteranos (McCartney, 2011), los solteros (Morris *et al.*, 2008) y aquellos con enfermedades mentales (Whitley, 2013) pueden ser objeto de un doble estigma basado en estereotipos sobre su sexo y grupo demográfico, lo que puede conducir a la angustia emocional y al daño social.

Numerosos estudios demuestran que los medios de comunicación vienen perpetuando la dicotomía mujer víctima/varón

villano, independientemente de las circunstancias reales. Por ejemplo, un análisis de contenido de artículos de periódicos canadienses descubrió que los medios de comunicación describían con más frecuencia a los hombres con enfermedades mentales con un lenguaje estigmatizante y despectivo, mientras que las mujeres con las mismas patologías eran descritas con más frecuencia con empatía y compasión (Whitley *et al.*, 2015). Un estudio similar reveló que los medios de comunicación tendían a reprender a los hombres por guardar silencio sobre su depresión y por su reticencia a buscar ayuda, en lugar de animarles a tomar medidas (Bengs *et al.*, 2008). Estos resultados coinciden con los estereotipos de la literatura clásica, en la que los personajes arquetípicos de ficción, como Svengali, Don Juan, Lotario, Iago y Drácula, se muestran como una inquietante presencia corruptora que acecha en las sombras de la sociedad bien educada.

La presencia de estos estereotipos ha llevado a la formulación de lo que se conoce como la *hipótesis de la caballerosidad.* Esta postula que el Estado y la sociedad actúan de forma galante e indulgente con las mujeres, en consonancia con el estereotipo de víctima pasiva; mientras que actúan de forma más vengativa y sospechosa ante los hombres, en consonancia con el estereotipo de perpetrador villano (Grabe *et al.*, 2006). Como se ha dicho, esto puede manifestarse y plasmarse en diversas decisiones políticas. Un ejemplo significativo fue la decisión del Gobierno canadiense en su programa de reasentamiento de refugiados sirios, de dar menor prioridad a los hombres solteros que a las mujeres solteras, concluyendo que los hombres solteros sirios podían ser una amenaza potencial para la sociedad canadiense (Houle, 2019).

Otro ejemplo desafortunado es la política común de las aerolíneas al prohibir a los pasajeros varones solteros sentarse junto a un menor no acompañado, solicitándoles que cambien su asiento con una pasajera femenina. Esto de nuevo implica la sospecha de que los hombres pueden significar una amenaza potencial de propensión inherente a la pedofilia (Dai, 2012). Otro ejemplo podría verse en las decisiones de los tribunales penales, ya que una profunda investigación de EE. UU. reveló que los hombres reciben sentencias un 63% más duras que las mujeres, así como que también presentan el doble de probabilidades de ingresar en prisión si son condenados (Starr, 2012).

Se ha argumentado que estos estereotipos negativos de los hombres son perpetuados por palabras de moda omnipresentes que se ven con frecuencia en los medios de comunicación, como *patriarcado*, *privilegio masculino*, *cultura de la violación* o *masculinidad tóxica*, los cuales pueden dar forma a actitudes y políticas más amplias (Barry *et al.*, 2019; Nuzzo, 2019). Estos estereotipos negativos también pueden haber sido alimentados por los recientes movimientos sociales, incluyendo el #MeToo y el pánico moral sobre la sexualidad masculina en el campus y más allá (Liddon y Barry, 2021; Kipnis, 2017). En suma, las acciones de una minoría muy pequeña de hombres son a menudo extrapoladas a toda la población masculina por varios sectores de la sociedad, lo que conduce a los estereotipos negativos mencionados y a las políticas asociadas que pueden discriminar gravemente a los varones. Como se argumentará a lo largo de este libro, estos estereotipos negativos pueden deformar el trato que reciben los hombres por parte de otros, incluido el trato por parte de 1) los

servicios sanitarios; 2) las fuerzas de seguridad; 3) el sistema legal; 4) los empleadores; 5) los profesores; y 6) el público en general. Y esto es susceptible de afectar a la salud mental.

1.3.2 Brecha de empatía de género

La brecha de empatía de género es un concepto relativamente nuevo que se refiere a las variaciones en la empatía pública y privada hacia los hombres y las mujeres, donde ellas suelen recibir de forma espontánea más empatía que ellos (Collins, 2019; Seager, 2019). Esta brecha de empatía de género viene influenciada por los estereotipos antes mencionados de los hombres como perpetradores y villanos y las mujeres como víctimas pasivas. También puede derivar de las nociones caballerescas de que las mujeres son más dignas de cuidado, perdón y atención que los hombres (Grabe *et al.*, 2006). Según la creciente investigación, esta brecha de empatía de género es real, común y mesurable.

De hecho, la brecha de empatía de género puede deducirse de diversas estadísticas, que rara vez suscitan más que un leve gemido de protesta, y que el grueso de la sociedad desconoce. Por ejemplo, los hombres constituyen más del 90% de la población penitenciaria, más del 85% de la población sin hogar y tienen el doble de probabilidades que las mujeres de ser víctimas de delitos (Brown *et al.*, 2019; Wilkins, 2015). Como se detallará en el capítulo 8, los hombres representan alrededor del 90% de las muertes y lesiones en el lugar de trabajo, y las cifras recientemente publicadas indican que la esperanza de vida masculina es significativamente menor que la femenina, con una media de 76

años para los hombres estadounidenses y 81 años para las mujeres (Arias y Xu, 2020). Como se explicará con más detalle en el capítulo 7, los varones sufren múltiples desigualdades en el sistema escolar, incluyendo mayores tasas de abandono y exclusión. Sin embargo, hay muy pocos programas o intervenciones públicas que aborden estas cuestiones. En sentido contrario, la Unión Europea, Alemania, Japón, el Reino Unido, Canadá y el Banco Mundial anunciaron recientemente una inversión de casi 4.000 millones de dólares para la educación de mujeres y niñas en todo el mundo (Government of Canada, 2018), y sin embargo, nada para los chicos, quienes a menudo necesitan urgentemente ayuda y asistencia. Todo esto podría estar relacionado con las variaciones en la empatía de género, que también se han explorado en varios estudios experimentales que comparan las respuestas a hombres y mujeres en situaciones de peligro.

Por ejemplo, un documento reciente describe una serie de estudios sobre el encasillamiento moral basado en el género, con más de 3.000 participantes que respondieron a una variedad de viñetas que detallaban daños en el lugar de trabajo que involucraban a hombres, mujeres o personas de género no especificado (Reynolds *et al.*, 2020). Este estudio evidenció que, en general, los participantes:

1. asumían que, en las viñetas en las que no se especificaba el género, la víctima del daño laboral era una mujer;
2. sentían una predisposición menos afectuosa con una víctima de daños en el lugar de trabajo, cuando suponían que la víctima era un hombre;

3. eran más propensos a percibir que un hombre despedido era menos víctima y experimentaba menos dolor que una mujer despedida;
4. percibieron que los hombres experimentaron menos dolor que las mujeres después de escuchar una broma ambigua pero potencialmente ofensiva en el lugar de trabajo;
5. estaban más dispuestos a castigar y menos dispuestos a perdonar a los hombres que causaban daños en el lugar de trabajo que a las mujeres; y
6. percibían a los directivos como más intencionalmente dañinos e inmorales cuando despiden a un grupo de mujeres en comparación con el despido de un grupo de hombres.

En otras palabras, este estudio demuestra que los hombres tienen menos probabilidades de ser percibidos como víctimas que las mujeres, que el daño a los hombres evoca menos indignación moral que el daño equivalente a las mujeres y que la gente suele sentir menos empatía por los hombres y es menos sensible al sufrimiento masculino.

Cabe destacar que en este estudio se observó que tanto los participantes masculinos como los femeninos tendían a mostrar favoritismo hacia las mujeres en detrimento de los hombres, lo que indica que las diferencias en la empatía de género las tienen tanto los hombres como las mujeres. Estos resultados son coherentes con otras investigaciones que indican que los hombres son uno de los pocos grupos demográficos que no muestran favoritismo dentro del grupo cuando hacen juicios y toman decisiones, o cuando sienten empatía (Baumeister, 2010; Rudman

y Goodman, 2004). Esta ausencia de favoritismo dentro del grupo entre los hombres comienza a una edad temprana, con un estudio que indica que tanto los niños como las niñas adolescentes reportan más empatía hacia las mujeres en situaciones de peligro en comparación con los hombres (Stuijfzand *et al.*, 2016). Esto plantea la cuestión de si la brecha de empatía de género tiene una base biológica o es producto de una socialización más amplia.

Curiosamente, algunos estudios indican que la biología puede desempeñar un papel en la brecha de empatía de género. Por ejemplo, varios estudios indican que la presencia de rasgos neoténicos (conocidos coloquialmente como *tiernos*) como ojos grandes, nariz pequeña, cara achatada, voz aguda y poca masa muscular, provoca más empatía, ayuda, apoyo y compasión por parte de terceros (Lishner *et al.*, 2008; Keating *et al.*, 2003; Dijker, 2001). Cabe destacar que estos rasgos neoténicos son dimórficos desde el punto de vista sexual, por lo que son mucho más comunes en las mujeres que en los hombres, lo que significa que las percepciones anteriores se pueden extender instintivamente el mismo nivel de empatía y protección a las mujeres que a los niños (Cunningham *et al.*, 1995; Barber, 1995; Gould, 1985). De hecho, un estudio basado en viñetas descubrió que los individuos de constitución más musculosa reciben menos compasión o atención por su sufrimiento en comparación con los individuos de constitución más delgada (es decir, más neoténicos), siendo los varones muy musculosos los que menos compasión reciben (Dijker, 2001). Al igual que los rasgos neoténicos en sí, la masa muscular también es dimórfica desde el punto de vista sexual, y

los hombres tienden a tener una masa muscular significativamente mayor que las mujeres (Lassek y Gaulin, 2009).

En otras palabras, la posesión de rasgos más infantiles en la adolescencia y la edad adulta puede suscitar más empatía y preocupación por parte de los demás, pero los varones tienden a perder esos rasgos a medida que se desarrollan físicamente, mientras que las mujeres suelen mantenerlos hasta la edad adulta. Por cierto, los rasgos neoténicos en las mujeres también pueden contribuir al *sexismo benévolo*, una creencia paternalista de que las mujeres adultas son como niños y necesitan cuidados y protección (o *espacios seguros*) frente a entornos difíciles y situaciones exigentes.

Otros autores han argumentado que la brecha de empatía puede deberse a la psicología evolutiva. Por ejemplo, como células reproductoras los hombres poseen esperma humano, mientras que las mujeres poseen óvulos humanos. Por decirlo crudamente, la producción fisiológica de esperma humano es mucho más común cuantitativamente que los óvulos humanos, lo que significa que el esperma es menos valioso y más prescindible que los óvulos. Esto significa que, bajo el punto de vista de la especie, las mujeres hacen una mayor contribución fisiológica a la reproducción, lo que puede dar lugar a valores colectivos que priorizan la protección de las mujeres contra el daño, mientras que se preocupan menos por el sufrimiento masculino, ya que esto asegura la vitalidad reproductiva de una cultura (Baumeister, 2010). Esto puede verse en normas sociales como *las mujeres y los niños primero* ante un desastre. Por ejemplo, durante el hundimiento del Titanic se priorizó la supervivencia de las mujeres, lo que significó

que el 73% de las mujeres a bordo sobrevivieron, en comparación con tan solo el 21% de los hombres (Seager y Barry, 2019). Estos fenómenos llevaron a Farrell (1993) a escribir que "los hombres son el sexo desechable", mientras que Baumeister (2010) sostiene que "la vida de los hombres se valora mucho menos que la de las mujeres [...] los hombres son más prescindibles que las mujeres". En apoyo de estas afirmaciones, ambos autores sostienen que las sociedades suelen estar dispuestas a sacrificar a los hombres por el bien común, ya sea en la guerra, en ocupaciones peligrosas o en otras actividades que protegen y mejoran la civilización (y simultáneamente reducen la esperanza de vida de los hombres). Esto ocurre con escaso reproche social, lo que indica una vez más una brecha de empatía de género entre mujeres y hombres.

Sin embargo, es comúnmente aceptado que dentro de una sociedad civilizada la psicología evolutiva o las normas sociales practicadas durante mucho tiempo no deberían tener prioridad a la hora de tomar decisiones sobre políticas y prácticas, especialmente cuando éstas tienen consecuencias para la salud pública. Por el contrario, la razón, la ciencia y la ética deberían combinarse para garantizar unas políticas y una toma de decisiones equitativas y basadas en la evidencia. Como se detallará más adelante en este libro, estos procedimientos no siempre se observan en lo que respecta a la salud mental de los varones adultos y niños, donde los servicios carecen de fondos suficientes y las políticas públicas suelen ser punitivas. La brecha de la empatía es otro fenómeno real, aunque ignorado, que puede estar contribuyendo a prácticas y políticas disfuncionales, por lo que es revisado a lo largo de este libro.

1.3.3 Ceguera de género masculina

Un último concepto que reaparece regularmente a lo largo de este libro es el conocido como *ceguera de género masculina*. Este término fue acuñado por los psicólogos Martin Seager y John Barry y se refiere a la tendencia a pasar por alto o ignorar los problemas, las desigualdades y las disparidades que experimentan de forma desproporcionada los hombres y los niños, quizás alimentada por la brecha de empatía de género (Liddon *et al.*, 2019; Seager *et al.*, 2016; Seager *et al.*, 2014). Un ejemplo convincente de la ceguera de género masculina puede verse en un reciente análisis de datos cienciométricos que compara la investigación sobre *salud masculina* con la investigación sobre *salud femenina* (Nuzzo, 2019). Este estudio observó:

1. Casi una diferencia de 10 veces en el uso del término *salud de la mujer* en comparación con *salud del hombre* en el título o el resumen de los artículos científicos indexados en PubMed desde 1970;
2. 199 casos en los que se utilizó el término *salud de los hombres* en resúmenes y títulos de artículos académicos en 2018, en comparación con 900 casos para el término *salud de las mujeres*; y
3. Seis revistas científicas específicas dedicadas a la salud de los hombres, frente a 62 revistas dedicadas a la salud de las mujeres.

Esto llevó a la autora a concluir que "la salud de los hombres [...] no ha sido reconocida ni promovida de la misma manera que la salud de las mujeres [...] los debates sobre la 'equidad de género'

en la salud tienden a centrarse casi exclusivamente en las mujeres". Esta es una conclusión común de los académicos que trabajan en el campo de la salud mental de los hombres. Por ejemplo, Englar-Carlson (2019) escribe que "en su mayor parte, cuando los estudiosos escriben sobre el género, a menudo se refieren a las mujeres y no a las experiencias de las mujeres y los hombres", mientras que Seager *et al.* (2016) afirman que "las cuestiones de género, sin embargo, han llegado a significar casi exclusivamente las cuestiones de las mujeres". Esta cuestión se aborda en detalle a lo largo de este libro, donde a menudo se observa que los informes, las investigaciones, los planes de acción y las intervenciones relacionadas con el género y la salud mental se centran principalmente en las mujeres y las niñas, y suelen ignorar a los hombres y los niños.

Por ejemplo, el European Parliament's Committee on Women's Rights and Gender Equality (2016) elaboró recientemente un informe titulado *Acerca del fomento de la igualdad de género en la salud mental y la investigación clínica*, que fue aprobado por el Parlamento en sesión plenaria. Sin embargo, la palabra *género* se equipara implícitamente a *las mujeres* en todo el informe, y solo dos párrafos de los 163 están dedicados a la salud mental de los hombres. Asimismo, un recuento de palabras revela que las palabras *mujeres* y *niñas* se mencionan en 217 ocasiones, mientras que *hombres* y *niños* solo se mencionan en 45; y cuando se menciona a los varones, es principalmente en un marco de culpabilización de las víctimas (Whitley, 2017).

Esta ceguera ante la salud masculina se observa a menudo en los planes de acción y marcos sanitarios nacionales. Por ejemplo, la US Department of Health and Human Services

Office of Disease Prevention and Health Promotion (2020) creó un conjunto de "objetivos nacionales basados en datos para mejorar la salud y el bienestar durante la próxima década" en una estrategia titulada *Healthy People 2030*. Esta estrategia enumera 35 objetivos específicos con el fin de promover la salud y el bienestar de las mujeres, pero solo cuatro objetivos específicos para los hombres, lo que indica de nuevo una ceguera común a los problemas de los hombres.

Del mismo modo, hay muchas oficinas nacionales financiadas con fondos públicos y clínicas locales dedicadas a la salud de las mujeres, pero muy pocas dedicadas a la salud de los hombres. Por ejemplo, el US National Institute of Health cuenta con una Office for Research on Women's Health bien financiada, pero todavía no existe una oficina análoga para la investigación sobre la salud de los hombres (Nuzzo, 2019). Del mismo modo, un estudio de investigación descubrió que 49 de los 50 principales hospitales de EE. UU. cuentan con un centro de salud para mujeres, pero solo 16 de ellos cuentan con un centro análogo de salud para hombres (Choy *et al.*, 2015).

En Canadá, el gobierno cuenta con una Ministra de la Mujer a cargo de un Department for Women and Gender Equality que, entre otras cosas, financia proyectos en áreas como "poner fin a la violencia contra las mujeres y las niñas; mejorar su seguridad económica y su prosperidad; y alentar a aquellas en roles de liderazgo" (Department for Women and Gender Equality, 2020). Sin embargo, tampoco existe un organismo equivalente dedicado a promover el bienestar de los hombres y los niños, en otro ejemplo de ceguera de género masculina a nivel gubernamental.

También en Canadá, el gobierno ha concluido recientemente una extensa consulta *National Inquiry into Missing and Murdered Indigenous Women and Girls,* una valiosa iniciativa que, sin embargo, no ha incluido ninguna investigación sobre los hombres indígenas desaparecidos y asesinados, a pesar de que las cifras indican que los hombres indígenas son desaparecidos y asesinados en una proporción similar a la de las mujeres indígenas (Jones, 2015).

Tal vez el caso más grave de ceguera de género masculina esté relacionado con la violencia de pareja[129] (VP). La imagen popular de la VP se basa en el mencionado estereotipo de género con los arquetipos del malvado villano masculino y una bondadosa víctima femenina. Pero estos estereotipos tan manidos pintan una imagen muy incompleta de la realidad, ya que investigaciones recientes indican que existe un elevado número de hombres víctimas de abusos domésticos. Por ejemplo, una reciente encuesta del gobierno del Reino Unido indicó que el 9% de los varones había sufrido algún tipo de maltrato por parte de su pareja, lo que supone alrededor de 1,4 millones de hombres británicos (Office for National Statistics, 2018). Esto incluye el acoso, la violencia física y la agresión sexual. De hecho, un estudio pionero de investigación de los Estados Unidos descubrió que las víctimas masculinas de la VP a menudo son abofeteadas, pateadas, golpeadas, agarradas o estranguladas (Hines *et al.*, 2007). En Canadá, una amplia encuesta concluyó que "proporciones iguales de hombres y mujeres (4%) declararon haber sido víctimas de violencia conyugal durante los 5 años anteriores"

129 Término equivalente del inglés de *Intimate Partner Violence* (IPV).

(Canadian Centre for Justice Statistics, 2016). Sin embargo, este problema rara vez recibe atención pública (por no hablar de servicios públicos) con datos que indican que existen más de 600 refugios dedicados a mujeres maltratadas en Canadá, pero ningún refugio dedicado a los hombres maltratados (Roebuck *et al.*, 2020; Beattie y Hutchins, 2015). Esto significa que los 418.000 hombres maltratados en todo Canadá suelen carecer de servicios y apoyo. Para estos hombres no existen investigaciones nacionales específicas, ni departamentos gubernamentales dedicados a promover y proteger su bienestar, ni oficinas de financiación oficiales específicas que apoyen la investigación, las intervenciones o los programas en la cuestión.

Esta manifestación de ceguera de género masculina en relación con la VP tiene consecuencias tangibles para los hombres afectados. No solo puede conducir a una carencia o déficit de servicios, sino que también puede inhibir el comportamiento masculino de búsqueda de ayuda. Por ejemplo, las encuestas mencionadas anteriormente indican que una pequeña proporción de hombres (menos del 20% de las víctimas) le comunican a la policía o a un profesional de la salud acerca de su victimización. Los datos sugieren que esto puede deberse a un temor bien fundado a ser ridiculizados, despreciados o, simplemente, a no recibir credibilidad de estas autoridades. De hecho, en un reciente trabajo de investigación se evidenció que la experiencia generalizada de los hombres víctimas de VP era que *nadie me creería*. Una de las víctimas señaló que "se lo conté a los amigos y se rieron", mientras que otra afirmó que "la policía se rió" (Bates, 2019). De hecho, Dutton (2012) halló que más de la mitad de las víctimas

masculinas que llamaron a la policía informaron de que habían sido tratadas como el agresor, mientras que varios estudios indican que es mucho menos probable que las agresoras femeninas sean detenidas y acusadas que los agresores masculinos, incluso cuando la víctima masculina sufre lesiones (Roebuck *et al.*, 2020; Mahony, 2010; Millar y Brown, 2010).

En resumen, el fenómeno de la violencia de pareja contra los hombres ejemplifica la intersección de los tres conceptos importantes presentados en este capítulo 1) los estereotipos del varón; 2) la brecha de empatía de género; y 3) la ceguera de género masculina. En primer lugar, la policía suele considerar a las víctimas masculinas como agresores y, en ocasiones, incluso los médicos no las creen, lo que sugiere que la actuación de los profesionales está condicionada por los estereotipos negativos asociados a la dicotomía maniquea hombre perpetrador/mujer víctima. En segundo lugar, las víctimas masculinas son acreedores de una falta de empatía por su situación, y a menudo se encuentran con risas y burlas por parte de los amigos, así como de las fuerzas del orden, lo que sugiere niveles diferenciales de empatía hacia las víctimas masculinas y femeninas de la violencia de pareja. En tercer lugar, parece haber una ceguera deliberada ante las víctimas masculinas de la VP, como lo demuestra la falta de servicios y apoyos oficiales para esta población, así como la inercia gubernamental en la desatención del abordaje de este problema social.

1.4 COVID-19

Otro ejemplo que puede utilizarse para ilustrar la ceguera de género masculina y la brecha de empatía de género está relacionado con la enfermedad por COVID-19 producida por el coronavirus SARS-CoV-2. Este libro fue escrito durante la pandemia del COVID-19 en 2020 y 2021. Sin duda, la pandemia y sus restricciones y cierres asociados han tenido un poderoso efecto en la salud mental de hombres y mujeres por igual, pero en el momento de escribir este libro se carece aún de datos concretos sobre su incidencia en la salud mental. En cambio, existe un corpus creciente de investigación sobre la salud física y el COVID-19, que apunta a diferencias de género en cuanto a 1) la mortalidad; 2) la gravedad; y 3) los índices de escrutinio de diagnóstico y vacunación.

En cuanto a la mortalidad, diversos estudios indican que los hombres tienen una probabilidad significativamente mayor de morir por COVID-19 que las mujeres, aunque las tasas de incidencia de COVID-19 son similares (Stokes *et al.*, 2020). Por ejemplo, un análisis de datos de ocho países desarrollados encontró una relación del ratio H/M (hombre versus mujer) de 1,4 (con un intervalo de confianza no facilitado), con los hombres en la cohorte etaria de 40-60 años presentando más del doble de las tasas de sus pares femeninos (Bhopal y Bhopal, 2020). Un estudio similar realizado en EE. UU. observó una relación de tasas H/M de 1,4 (95% IC: 1,2-1,6) entre los estadounidenses blancos y de 1,5 (95% IC: 1,3-1,7) entre los estadounidenses negros (Rushovich *et al.*, 2021). Los datos de los US Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2021b) indican que el 54% de

las muertes relacionadas con el COVID-19 han sido hombres y el 46% mujeres.

En lo que respecta a la gravedad, los análisis sugieren que los hombres suelen experimentar síntomas más graves de COVID-19 que las mujeres. Por ejemplo, un estudio de los CDC analizó los resultados de más de 1,3 millones de casos confirmados en los EE.UU., encontrando una primacía de resultados graves en los hombres (Stokes *et al.*, 2020), tales como:

1. El 16% de los varones con COVID-19 fueron hospitalizados, en comparación con el 12% de las mujeres;
2. El 2,8% de los varones con COVID-19 fueron ingresados en la UCI, frente al 1,7% de las mujeres;
3. El 6% de los varones con COVID-19 murieron, en comparación con el 4,8% de las mujeres.

Estos resultados coinciden con un estudio realizado en 29 países en el que se constató que los hombres representaban una mayor proporción de hospitalizaciones, ingresos en UCI y muertes (Global Health 5050, 2021).

Por el contrario, gran parte de la atención de los medios de comunicación se ha centrado en el impacto perjudicial del COVID-19 en las mujeres (p. ej., Henriques, 2020; Madgavkar *et al.*, 2020; Topping, 2020). Un ejemplo de ello puede ser un artículo representativo de la BBC bajo el título *Cómo el COVID-19 está cambiando la vida de las mujeres* (Savage, 2020). Del mismo modo, los investigadores sanitarios han tendido a centrarse en las mujeres, con un artículo emblemático reciente (en la prestigiosa

revista Nature) titulado *Las mujeres son las más afectadas por las pandemias*, en el que se concluye que "abordar algunos de los problemas a los que se enfrentan las mujeres en los brotes [de COVID-19] pone de manifiesto un panorama más amplio de desigualdades" (Wenham *et al.*, 2020).

Uno de los ejes centrales de este libro es que la salud de los hombres y la de las mujeres no debe ser un juego de suma cero y que un enfoque de la salud mental basado en el género debiera de ser el sello de una sociedad solidaria e inclusiva. Esto debe incluir una cuidadosa consideración del impacto del contexto social más amplio en la salud mental de hombres y mujeres, así como respuestas políticas y de servicios adaptadas que tengan en cuenta las diferencias y preferencias de género. En este sentido, es muy importante evaluar el impacto del COVID-19 en las mujeres y las niñas, y hay varios ámbitos socioeconómicos en los que las mujeres parecen experimentar un mayor índice de desigualdades en comparación con los hombres, lo que exige una respuesta política adecuada (Wenham *et al.*, 2020).

Sin embargo, ha habido poco debate análogo sobre el impacto del COVID-19 en los hombres y los niños, y pocas respuestas políticas o de servicios que adopten un enfoque específico para reducir las desigualdades relacionadas con esta cuestión en los hombres. De hecho, un artículo reciente señala oportunamente que los debates sobre el género y el COVID-19 rara vez se centran en los hombres, a pesar de que la morbilidad y la mortalidad relacionadas con aquel son mayores en los hombres que en las mujeres (Ellison *et al.*, 2021). Esta falta de atención al impacto del COVID-19 en los hombres podría deberse y apunta

a la mencionada *brecha de empatía de género,* así como a la *ceguera de género masculina*. Además, los *estereotipos de género* también pueden desempeñar un papel, ya que los medios de comunicación, los responsables políticos y el público en general consideran que las mujeres son más fácilmente víctimas del COVID-19 que los hombres. Una tesis central de este libro es que estos tres fenómenos también limitan y restringen el pensamiento y la acción sobre la salud mental de los varones, lo cual es perjudicial para los afectados, sus familias y la sociedad en su conjunto.

1.5 Conclusión

Solo recientemente ha surgido, algo tímidamente, un campo científico definible de la salud mental de los hombres. Del mismo modo, ha habido poco interés académico en lo que se ha denominado *cuestiones masculinas*. Por el contrario, ha habido una gran cantidad de literatura y discursos populares sobre la salud mental de las mujeres, tanto en los medios de comunicación tradicionales como en las redes sociales. En este sentido, se ha tendido a culpabilizar a los hombres que padecen trastornos psicosociales, de forma científicamente inadecuada, con poco reconocimiento del complejo entramado multicausal. Este libro intenta contribuir a subsanar esta situación mediante un análisis exhaustivo de la salud mental masculina y de los problemas de los varones, inspirado en la salud pública y centrado en el contexto social. Ello implica documentar y analizar los determinantes sociales, así como un examen crítico de la naturaleza y la configuración de los

servicios, de la salud mental. Hasta ahora, muchos debates sobre la cuestión han llevado a un mensaje singular: que los hombres necesitan cambiar. Pero una tesis esencial de este libro es que la sociedad, sus instituciones y los servicios sanitarios en particular deberían cambiar y adaptarse para poder abordar con éxito los numerosos problemas psicosociales que afectan a los varones.

Referencias

Arias, E., y Xu, J. (2020). United States Life Tables, 2018. *National Vital Statistics Reports*, 69(12), 1-44.

Barber, N. (1995). The evolutionary psychology of physical attractiveness: Sexual selection and human morphology. *Ethology y Sociobiology*, 16(5), 395-424. https://doi.org/10.1016/0162-3095(95)00068-2.

Barker, G., Ricardo, C., y Nascimento, M. (2007). Engaging men and boys in changing gender-based inequity in health: Evidence from programme interventions. World Health Organization. Recuperado el 10/3/2021 de https://www.who.int/gender/documents/Engaging_men_boys.pdf.

Barry, J., Kingerlee, R., Seager, M. y Sullivan, L. (Eds.). (2019) *The Palgrave handbook of male psychology and mental health*. Palgrave Macmillan.

Bates, E. (2019). "No one would ever believe me": An exploration of the impact of intimate partner violence victimization on men. *Psychology of Men and Masculinities*, 21(4), 497-507. https://doi.org/10.1037/men0000206.

Bauman, Z. (2003). *Liquid love: On the frailty of human bonds*. Polity Press.

Baumeister, R. F. (2010). *Is there anything good about men?: How cultures flourish by exploiting men*. Oxford University Press.

Beattie, S. y Hutchins, H. (2015). *Shelters for abused women in Canada, 2014*. Statistics Canada. Recuperado el 6/5/2021 de https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/85-002-x/2015001/article/14207-eng.pdf?st=bySNKZoM.

Beck, U. y Beck-Gernsheim, E. (1995). *The normal chaos of love*. Polity Press.

Bengs, C., Johansson, E., Danielsson, U., Lehti, A. y Hammarström, A. (2008). Gendered portraits of depression in Swedish newspapers. *Qualitative Health Research*, 18(7), 962–973. https://doi.org/10.1177/1049732308319825.

Berkman, L. F., Kawachi, I. y Glymour, M. M. (Eds.). (2014). *Social Epidemiology* (2nd ed). Oxford University Press. http://ndl.ethernet.edu.et/bitstream/123456789/31016/1/Lisa%20F.%20Berkman.pdf.

Bhopal, S. S. y Bhopal, R. (2020). Sex differential in COVID-19 mortality varies markedly by age. *The Lancet*, 396(10250), 532-533. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31748-7.

Bilsker, D., Fogarty, A. S. y Wakefield, M. A. (2018). Critical issues in men's mental health. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 63(9), 590-596. https://doi.org/10.1177/0706743718766052.

Bilsker, D., Goldenberg, L. y Davison, J. A. (2010). *A roadmap to men's health: Current status, research, policy y practice*. University of Alberta. Recuperado el 10/5/2021 de https://www.ualberta.ca/anesthesiology-pain-medicine/media-library/eliassons-wellness-docs/mens-mental-health/a-roadmap-to-mens-health.pdf.

Brown, J. S. L., Sagar-Ouriaghli, I. y Sullivan, L. (2019) Help-seeking among men for mental health problems. In J. A. Barry, R. Kingerlee, M. Seager, y L. Sullivan (Eds.), *The Palgrave handbook of male psychology and mental health* (pp. 397-415). Palgrave Macmillan.

Canadian Centre for Justice Statistics. (2016, January 21). *Family violence in Canada: A statistical profile, 2014*. Statistics Canada. Recuperado el 6/5/2021 de https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/2016001/article/14303-eng.pdf.

Case, A., y Deaton, A. (2020). *Deaths of despair and the future of capitalism.* Princeton University Press.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2021a). *Demographic characteristics of people receiving COVID-19 vaccinations in the United States*. Centers for Disease Control and Prevention. Recuperado el 6/5/2021 de https://covid.cdc.gov/covid-data-tracker/#vaccination-demographic.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2021b). *Demographic trends of COVID-19 cases and deaths in the US reported to CDC*. Centers for Disease Control and Prevention. Recuperado el 6/5/2021 de https://covid.cdc.gov/covid-data-tracker/#demographics.

Choy, J., Kashanian, J. A., Sharma, V., Masson, P., Dupree, J., Le, B. y Brannigan, R. E. (2015). The men's health center: Disparities in gender specific health services among the top 50 "best hospitals" in America. *Asian Journal of Urology*, 2(3), 170-174. https://doi.org/10.1016/j.ajur.2015.06.005.

Collins, W. (2019). *The empathy gap: Male disadvantages and the mechanisms of their neglect*. LPS Publishing.

Committee on Women's Rights and Gender Equality. (2016, December 12). *On promoting gender equality in mental health and clinical research (2016/2096(INI))*. European Parliament. Recuperado el 10/5/2021 de https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/A-8-2016-0380_EN.html.

Crawford, R. (1977). You are dangerous to your health: the ideology and politics of victim blaming. *International Journal of Health Services*, 7(4), 663-680. https://doi.org/10.2190/YU77-T7B1-EN9X-G0PN.

Cunningham, M. R., Roberts, A. R., Barbee, A. P., Druen, P. B. y Wu, C.-H. (1995). "Their ideas of beauty are, on the whole, the same as ours": Consistency and variability in the cross-cultural perception of female physical attractiveness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68(2), 261-279. https://doi.org/10.1037/0022-3514.68.2.261.

Dai, S. (2012, 13 de agosto). All Men Are Potential Pedophiles in the Eyes of Australian Airlines. *The Atlantic*. https://www.theatlantic.com/international/archive/2012/08/all-men-are-potential-pedophiles-eyes-australian-airlines/324776/.

Department for Women and Gender Equality. (2020, 26 de noviembre). *Department for Women and Gender Equality – Women's Program*. Government of Canada. Recuperado el 6/5/2021 de https://www.canada.ca/en/women-gender-equality/news/2019/03/department-for-women-and-gender-equality--womens-program.html.

Dijker, A. J. (2001). The influence of perceived suffering and vulnerability on the experience of pity. *European Journal of Social Psychology*, 31(6), 659-676. https://doi.org/10.1002/ejsp.54.

Dutton, D. G. (2012). The case against the role of gender in intimate partner violence. *Aggression y Violent Behavior*, 17(1), 99-104. https://doi:10.1016/j. avb.2011.09.002.

Eagly, A. H. y Mladinic, A. (1994). Are people prejudiced against women? Some answers from research on attitudes, gender stereotypes, and judgments of competence. *European Review of Social Psychology*, 5(1), 1-35. https://doi.org/10.1080/14792779543000002.

Elder, K. y Griffith, D. M. (2016). Men's health: Beyond masculinity. *American Journal of Public Health*, 106(7), 1157. https://doi.org/10.2105/AJPH.2016.303237.

Ellison, J. M., Semlow, A. R., Jaeger, E. C., Bergner, E. M., Stewart, E. C. y Griffith, D. M. (2021, 26 de marzo). *Why COVID-19 policy should explicitly consider men's health*. Medical News Today. Recuperado el 6/5/2021 de https://www.medicalnewstoday.com/articles/why-covid-19-policy-should-explicitly-consider-mens-health.

Englar-Carlson, M. (2014). Introduction: A primer on counseling men. En M. Englar-Carlson, M. P. Evans, y T. Duffey (Eds.), *A counselor's guide to working with men* (pp. 1-31). American Counseling Association.

Englar-Carlson, M. (2019). Forward. In J. A. Barry, R. Kingerlee, M. Seager y L. Sullivan (Eds.), *The Palgrave handbook of male psychology and mental health* (pp. vii-xiv). Palgrave Macmillan.

Essex, C. (1996). Men's health: don't blame the victims. *British Medical Journal*, 312(7037), 1040. https://doi.org/10.1136/bmj.312.7037.1040a.

Farrell, W. (1993). *The myth of male power*. Berkley books. New York.

Farrell, W. y Gray, J. (2019). *The boy crisis: Why our boys are struggling and what we can do about it*. BenBella Books.

Giddens, A. (1992). *The transformation of intimacy: Sexuality, love, and eroticism in modern societies*. Stanford University Press.

Global Health 5050. (2021, marzo). *The COVID-19 sex-disaggregated data tracker: March update report*. Global Health 5050. Recuperado el 6/5/2021 de https://globalhealth5050.org/wp-content/uploads/March-2021-data-tracker-update.pdf.

Gould, S. J. (1985). *Ontogeny and Phylogeny*. Harvard University Press.

Government of Canada. (2018, 10 de junio). *Advancing gender equality and women's empowerment*. Government of Canada. Recuperado el 10/5/2021 de https://pm.gc.ca/en/news/backgrounders/2018/06/10/advancing-gender-equality-and-womens-empowerment.

Grabe, M. E., Trager, K. D., Lear, M. y Rauch, J. (2006). Gender in crime news: A case study test of the chivalry hypothesis. *Mass Communication and Society*, 9(2), 137-163. https://doi.org/10.1207/s15327825mcs0902_2.

Henriques, M. (2020, 12 de abril). Why Covid-19 is different for men and women. *British Broadcasting Corporation (BBC)*. https://www.bbc.com/future/article/20200409-why-covid-19-is-different-for-men-and-women.

Hines, D. A., Brown, J. y Dunning, E. (2007). Characteristics of callers to the domestic abuse helpline for men. *Journal of Family Violence*, 22, 63-72. https://doi.org/10.1007/s10896-006-9052-0.

Hoff Sommers, C. (2013). *The war against boys: How misguided policies are harming our young men* (Reissue ed.). Simon y Schuster.

Houle, R. (2019, 12 de febrero). *Results from the 2016 Census: Syrian refugees who resettled in Canada in 2015 and 2016*. Statistics Canada. Recuperado el 10/5/2021 de https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/75-006-x/2019001/article/00001-eng.htm.

Jones, A. (2015). Adam Jones: Aboriginal men are murdered and missing far more than aboriginal women. A proper inquiry would explore both. *National Post*. https://nationalpost.com/opinion/adam-jones-aboriginal-men-are-murdered-and-missing-far-more-than-aboriginal-women-a-proper-inquiry-would-explore-both.

Kawachi, I., Lang, I. y Ricciardi, W. (Eds.). (2020). *Oxford handbook of public health practice 4e*. Oxford University Press.

Keating, C., Randall, D. W., Kendrick, T. y Gutshall, K. A. (2003). Do babyfaced adults receive more help? The (cross-cultural) case of the lost resume. *Journal of Nonverbal Behavior*, 27(2), 89-109. https://doi.org/10.1023/A:1023962425692.

Kipnis, L. (2017). *Unwanted advances: Sexual paranoia comes to campus*. Harper Collins.

Kite, M. E. y Whitley, B. E., Jr. (2016). *Psychology of prejudice and discrimination* (3rd ed.). Routledge.

Krieger, N. (1994). Epidemiology and the web of causation: Has anyone seen the spider? *Social Science y Medicine,* 39(7), 887-903. https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)90202-X.

Krys, K., Capaldi, C. A., van Tilburg, W., Lipp, O. V., Bond, M. H., Vauclair, C.-M. Manickam, L. S. S., Domínguez-Espinosa, A., Torres, C., Lun, V. M.-C., Teyssier, J., Miles, L. K., Hansen, K., Park, J., Wagner, W., Arriola Yu, A., Xing, C., Wise, R., Sun, C.-R. y Ahmed, R. A. (2018). Catching up with wonderful women: The women-are-wonderful effect is smaller in more gender egalitarian societies. *International Journal of Psychology*, 53(1), 21-26. https://doi.org/10.1002/ijop.12420.

Lassek, W. D., y Gaulin, S. J. C. (2009). Costs and benefits of fat-free muscle mass in men: Relationship to mating success, dietary requirements, and native immunity. *Evolution and Human Behavior*, 30(5), 322-328. https://doi.org/10.1016/j.evolhumbehav.2009.04.002.

Liddon, L. y Barry, J. (Eds.). (2021). *Perspectives in male psychology: An introduction*. Wiley-Blackwell.

Liddon, L., Kingerlee, R., Seager, M. y Barry, J. A. (2019) What are the factors that make a male-friendly therapy? In: J. Barry, R. Kingerlee, M. Seager, y L. Sullivan (Eds.), *The Palgrave handbook of male psychology and mental health*. Palgrave Macmillan.

Lishner, D., Oceja, L.V., Stocks, E. y Zaspel, K. (2008). The effect of infant-like characteristics on empathic concern for adults in need. *Motivation and Emotion*, 32(4), 270-277. https://doi.org/10.1007/s11031-008-9101-5.

Madgavkar, A., White, O., Krishnan, M., Mahajan, D., y Azcue, X. (2020, July 15). *COVID-19 and gender equality: Countering the regressive effects*. McKinsey Global Institute. Recuperado el 6/5/2021 de https://www.mckinsey.com/featured-insights/future-of-work/covid-19-and-gender-equality-countering-the-regressive-effects.

Mahony, T. H. (2010). *Police-reported dating violence in Canada, 2008*. Statistics Canada. Recuperado el 10/5/2021 de https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/2010002/article/11242-eng.htm.

Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *The Lancet*, 365(9464), 1099-1104. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)71146-6.

McCartney, H. (2011). Hero, victim or villain? The public image of the British Soldier and its implications for defense policy. *Defense y Security Analysis*, 27(1), 43-54. https://doi.org/10.1080/14751798.2011.557213.

Millar, P. y Brown, G. (2010). Explaining gender differences in police arresting and charging behavior in cases of spousal violence. *Partner Abuse*, 1(3), 314-331. https://doi:10.1891/1946-6560.1.3.314.

Morris, W. L., DePaulo, B. M., Hertel, J. y Taylor, L. C. (2008). Singlism—Another problem that has no name: Prejudice, stereotypes and discrimination against singles. In M. A. Morrison y T. G. Morrison (Eds.), *The psychology of modern prejudice* (pp. 165-194). Nova Science Publishers.

Nuzzo, J. L. (2019). Men's health in the United States: A national health paradox. *The Aging Male*, 23(1), 42-52. https://doi.org/10.1080/13685538.2019.1645109.

Office for National Statistics. (2018). Domestic abuse: Findings from the Crime Survey for England and Wales - Appendix tables. *Office for National Statistics*. Recuperado el 6/5/2021 de https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/crimeandjustice/datasets/domesticabusefindingsfromthecrimesurveyforenglandandwalesappendixtables.

Office of Disease Prevention and Health Promotion (2020). *Healthy people 2030*. U.S. Department of Health and Human Services. Recuperado el 6/5/2021 de https://health.gov/healthypeople/objectives-and-data/browse-objectives.

Oliver, M. B. (2003). African American men as "criminal and dangerous": Implications of media portrayals of crime on the "criminalization" of African American men. *Journal of African American Studies*, 7(2), 3-18. https://doi.org/10.1007/s12111-003-1006-5.
Poole, G. (2016, Noviembre). *The need for male-friendly approaches to suicide prevention in Australia*. Mengage. Recuperado el 10/5/2021 de https://www.mengage.org.au/images/Preventing-Male-Suicide-AMHF-desktop.pdf.
Reynolds, T., Howard, C., Sjåstad, H., Zhu, L., Okimoto, T. G., Baumeister, R. F., Aquino, K. y Kim, J. (2020). Man up and take it: Gender bias in moral typecasting. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 161, 120-141. https://doi.org/10.1016/j.obhdp.2020.05.002.
Richards, H., Reid, M., y Watt, G. (2003). Victim-blaming revisited: A qualitative study of beliefs about illness causation, and responses to chest pain. *Family Practice*, 20(6), 711-716. https://doi.org/10.1093/fampra/cmg615.
Roebuck, B., McGlinchey, D., Hastie, K., Taylor, M., Roebuck, M., Bhele, S., Hudson, E. y Grace Xavier, R. (2020, 14 de agosto). *Male survivors of intimate partner violence in Canada*. Office of the Federal Ombudsman for Victims of Crime (OFOVC). Recuperado el 10/5/2021 de https://www.victimsfirst.gc.ca/res/cor/IPV-IPV/Male%20Survivors%20of%20IPV%20in%20Canada,%202020.pdf.
Rudman, L. A. y Goodman, S. A. (2004). Gender differences in automatic in-group bias: Why do women like women more than men like men? *Journal of Personality and Social Psychology*, 87(4), 494-509. https://doi.org/10.1037/0022-3514.87.4.494.
Rushovich, T., Boulicault, M., Chen, J. T., Danielsen, A. C., Tarrant, A., Richardson, S. S. y Shattuck-Heidorn, H. (2021). Sex disparities in COVID-19 mortality vary across US racial groups. *Journal of General Internal Medicine*. https://doi.org/10.1007/s11606-021-06699-4.
Savage, M. (2020, 30 de junio). How Covid-19 is changing women's lives. *British Broadcasting Corporation*. https://www.bbc.com/worklife/article/20200630-how-covid-19-is-changing-womens-lives.
Sax, L. (2016). *Boys adrift: The five factors driving the growing epidemic of unmotivated boys and underachieving young men* (Revised and updated ed.). Basic Books.
Seager, M. (2019). From stereotypes to archetypes: An evolutionary perspective on male help-seeking and suicide. In J. A. Barry, R. Kingerlee, M. Seager, y L. Sullivan (Eds.), *The Palgrave handbook of male psychology and mental health* (pp. 227-248). Palgrave Macmillan.

Seager, M. y Barry, J. A. (2019). Positive masculinity: Including masculinity as a valued aspect of humanity. Barry, J. A., Kingerlee, R., Seager, M., y Sullivan, L. (Eds.), *The Palgrave handbook of male psychology and mental health* (pp. 105-122), Palgrave Macmillan.

Seager, M., Barry, J. A. y Sullivan, L. (2016). Challenging male gender blindness: Why psychologists should be leading the way. *Clinical Psychology Forum*, 285, 35-40.

Seager, M., Sullivan, L. y Barry, J. (2014). The male psychology conference, University College London, June 2014. *New Male Studies: An International Journal*, 3(2): 41-68.

Starr, S. (2012). Estimating gender disparities in federal criminal cases. *American Law and Economics Review*, 17(1), 127-159. http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.2144002.

Stokes, E. K., Zambrano, L. D., Anderson, K. N., Marder, E. P., Raz, K. M., El Burai Felix, S., Tie, Y. y Fullerton, K. E. (2020). Coronavirus Disease 2019 Case Surveillance — United States, January 22-May 30, 2020. *MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report*, 69, 759-765. http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6924e2external icon.

Stuijfzand, S., De Wied, M., Kempes, M., Van de Graaff, J., Branje, S. y Meeus, W. (2016). Gender differences in empathic sadness towards persons of the same- versus other-sex during adolescence. *Sex Roles*, 75(9), 434-446. https://doi.org/10.1007/s11199-016-0649-3.

Synnott, A. (2016). *Re-thinking men: Heroes, villains and victims*. Routledge. https://www.taylorfrancis.com/books/mono/10.4324/9781315606132/re-thinking-men-anthony-synnott.

Topping, A. (2020, 27 de marzo). Mothers say they are being kept at work in UK as fathers stay home. *The Guardian*. https://www.theguardian.com/world/2020/mar/27/mothers-say-they-being-kept-at-work-uk-as-fathers-stay-home?CMP=share_btn_tw.

Wenham, C., Smith, J., Davies, S. E. Feng, H., Grépin, K. A., Harman, S., Herten-Crabb, A. y Morgan, R. (2020, 8 de julio). *Women are most affected by pandemics — Lessons from past outbreaks*. Nature. Recuperado el 6/5/2021 de https://www.nature.com/articles/d41586-020-02006-z.

Whitley, R. (2013). Fear and loathing in New England: examining the health-care perspectives of homeless people in rural areas. *Anthropology y Medicine*, 20(3), 232-243. https://doi.org/10.1080/13648470.2013.853597.

Whitley, R. (2017, 12 de mayo). *Gender and mental health: Do men matter too?* Psychology Today. Recuperado el 10/5/2021 de https://www.psychologytoday.com/ca/blog/talking-about-men/201705/gender-and-mental-health-do-men-matter-too.

Whitley, R. (2018). Men's mental health: Beyond victim-blaming. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 63(9), 577-580. https://doi.org/10.1177/0706743718758041.

Whitley, R., Adeponle, A. y Miller, A. R. (2015). Comparing gendered and generic representations of mental illness in Canadian newspapers: An exploration of the chivalry hypothesis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50(2), 325-333. https://doi.org/10.1007/s00127-014-0902-4.

Wilkins, D. (2015). *How to make mental health services work for men*. Men's Health Forum. Recuperado el 10/5/2021 de https://www.menshealthforum.org.uk/sites/default/files/pdf/how_to_mh_v4.1_lrweb_0.pdf.

Wilkinson, R. G. (1999). Health, hierarchy, and social anxiety. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 896(1), 48-63. https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1999.tb08104.x.

Zimbardo, P. G. y Coulombe, N. (2016). *Man, interrupted: Why young men are struggling what we can do about it*. Red Wheel.

Capítulo 2
Los determinantes sociales del suicidio masculino

Resumen

El suicidio masculino integra aproximadamente el 75% de la totalidad de suicidios que se producen en el mundo occidental. Las tasas de suicidio masculino son especialmente acentuadas en determinados grupos de varones , como 1) los hombres de mediana edad; 2) los hombres que habitan en regiones rurales y remotas; 3) los hombres de raza blanca o caucásica; 4) los hombres indígenas; 5) los militares veteranos; y 6) los hombres incursos en problemas con el sistema de justicia penal. Las razones del suicidio son complejas, siendo este rara vez el resultado de un solo factor. En cambio, una combinación de determinados factores pueden interaccionar a lo largo del tiempo para agravar el riesgo. Los datos indican que algunos factores de riesgo pueden darse con mucha más intensidad en los hombres que en las mujeres. En particular, la literatura de investigación indica tres poderosos factores de riesgo para el suicidio masculino como son 1) el desempleo; 2) el divorcio; y 3) las enfermedades mentales y los problemas de consumo de sustancias. Los hombres que experimentan estos factores de riesgo se enfrentan con frecuencia a altos niveles de aislamiento, estigmatización social y presión económico-financiera, lo que conduce a un debilitamiento de su integración y la conexión

social, y a una disminución de su sentido y propósito vital. Cabe destacar que las tasas de suicidio masculino han aumentado de forma constante en los últimos 15 años y varios estudios relacionan este aumento con la crisis financiera mundial de 2007-2008 y la posterior gran recesión económica que afectó negativamente a muchos sectores donde hombres ejercen su primacía.

Palabras clave: suicidio, crisis financiera mundial, divorcio, desempleo, salud mental masculina, enfermedad mental.

Existe un hecho innegable en relación con el suicidio y el sexo: el suicidio masculino conforma la gran mayoría de los suicidios consumados en todo el mundo. De hecho, la Organización Mundial de la Salud informa que alrededor de dos de cada tres suicidios en el mundo presentan la autoría de un varón (OMS, 2018). Estas cifras globales representan una tasa de suicidio entre los hombres alarmante por sí misma. Sin embargo, un análisis aún más detallado indica que ciertas regiones geográficas presentan proporciones aún más altas de suicidio masculino. En Europa, los hombres integran alrededor del 80% de los suicidios consumados, mientras que en el continente americano los hombres representan alrededor del 75% de aquellos.

En Canadá, aproximadamente 3.000 hombres pierden la vida por suicidio al año, lo que se traduce en más de 50 muertes a la semana. En Estados Unidos, unos 35.000 hombres se suicidan cada año, lo que equivale a un fallecido cada quince minutos. Esto ha llevado al profesor Dan Bilsker de la Universidad Simon

Fraser a declarar que estamos viviendo inmersos en una "epidemia silente de suicidio masculino" (Bilsker y White, 2011).

Después de un período de tasas decrecientes, las tasas de suicidio masculino parecen estar aumentando de forma preocupante. Un informe de los Centers for Disease Control and Prevention (CDC) de EE. UU. señaló que las tasas de suicidio masculino ajustadas por edad mostraron en ese país un período de ligero descenso desde mediados de la década de 1980 hasta 2006. Pero ese mismo informe señala que el suicidio masculino aumentó alrededor de un 2% anual entre 2006 y 2017, lo cual refleja un aumento del 26% en la cifra de suicidios masculinos desde 1999 (Hedegaard *et al.*, 2018).

2.1 La crisis económico-financiera mundial y sus repercusiones

Varios estudios han relacionado este aumento de los suicidios masculinos con la gran crisis financiera mundial de 2007 y 2008 y sus repercusiones, especialmente la gran recesión en la que derivó con posterioridad (Case y Deaton, 2020). Un estudio indicó un aumento significativo de los suicidios en EE. UU. entre 2007 y 2010, con un aumento de unas 5.000 muertes por suicidio (Reeves *et al.*, 2012). Los autores atribuyeron alrededor de una cuarta parte de estos suicidios al incremento en las tasas de desempleo, una cuestión que se analiza más adelante en este mismo capítulo, así como con mucho más detalle en el capítulo 8, dedicado más específicamente a cuestiones relacionadas con el empleo y la salud mental de los varones.

Se han observado tendencias muy similares en otras partes del mundo. En la mayoría de los países de Europa Occidental se observó una tendencia constante a la baja de los suicidios masculinos en los años anteriores a la crisis financiera mundial (Stuckler *et al.*, 2011). Sin embargo, un amplio estudio transnacional encontró un aumento significativo en 2009 en todo el mundo. Esto fue especialmente marcado en Europa —un aumento del 4% (95% IC: 3,4-5,1); y en América —un aumento del 6% (95% IC: 5,4-7,5)— (Chang *et al.*, 2013). Por el contrario, el estudio observó que las tasas de suicidio femenino se mantuvieron estables en Europa, con un aumento menos marcado del 2% en el continente americano (95% IC: 1,1-3,5). Otras investigaciones han examinado las tasas de suicidio en determinados países europeos, señalando un aumento similar del suicidio masculino, a menudo atribuido a problemas financieros y laborales derivados de la crisis financiera mundial. Un análisis de series temporales comparó los suicidios reales con los suicidios esperados en 2008-2010 en el Reino Unido, observando un aumento significativo de los suicidios, con un exceso de 846 suicidios masculinos (95% IC: 818-877), en comparación con un exceso de 155 suicidios femeninos (95% IC: 121-189). Este estudio encontró que las regiones con mayores tasas de desempleo tenían a su vez mayores tasas de suicidio masculino (Barr *et al.*, 2012). Se han observado aumentos similares de suicidios masculinos tras la crisis financiera mundial en Grecia (Kentikelenis *et al.*, 2011), Italia (De Vogli *et al.*, 2013) y otros países europeos (Stuckler *et al.*, 2011).

Curiosamente, la tasa de suicidios masculinos ha seguido aumentando en América y Europa en los últimos años, a pesar de que las consecuencias más graves de la crisis financiera mundial ya han sucedido. Un informe reciente señaló que la tasa de suicidio no ajustada (tanto para hombres como para mujeres) en los Estados Unidos ha aumentado de 15 a 18 muertes por suicidio por cada 100.000 habitantes en el periodo 2005-2017 (US Department of Veterans Affairs, 2019). Las tasas de suicidios exclusivamente masculinos son aún más altas, ya que los CDC reportaron 22 suicidios por cada 100.000 habitantes en 2017, el valor máximo en los últimos treinta años.

2.2 ¿Qué hombres se suicidan?

Es importante afirmar que el suicidio puede afectar a todos los grupos demográficos y que ningún grupo de personas está exento del riesgo de suicidio. También es importante afirmar que el suicidio sigue siendo un acontecimiento raro, incluso en poblaciones de alto riesgo. Dicho esto, la investigación acumulada indica que ciertos grupos de hombres presentan un mayor riesgo de suicidio. Entre ellos se encuentran 1) los hombres de mediana edad; 2) los hombres que viven en regiones rurales y remotas; 3) los hombres blancos; 4) los hombres indígenas; 5) los militares veteranos; y 6) los hombres envueltos en problemas con el sistema de justicia penal. Todos estos grupos se tratan en detalle a continuación.

2.2.1 Hombres de mediana edad

En cuanto a la edad de los varones finados, es en la franja de edad de entre los 40 a los 60 años en los países occidentales donde los índices de suicidio son especialmente pronunciados. En general, este grupo etario presenta índices más elevados que los de mayor edad y los más jóvenes, aunque los hombres de más de 75 años tienden a mostrar tasas elevadas y los hombres jóvenes tienen las tasas más bajas (OMS, 2018). Como se analiza más adelante en este capítulo, estas elevadas tasas se han relacionado con la experiencia de acontecimientos vitales graves que suelen producirse en los años intermedios de la vida, como son el divorcio (*vid.* capítulo 9), la pérdida de empleo (*vid.* capítulo 8), el deshaucio del lugar de residencia y la quiebra financiera.

2.2.2 Hombres en regiones rurales y remotas

Por áreas geográficas, los hombres que viven en ciudades pequeñas, regiones rurales y zonas poco pobladas suelen mostrar tasas de suicidio especialmente altas (Hirsch, 2007). En EE. UU., los estados de montaña como Wyoming, Montana, Nuevo México y Utah poseen las tasas más altas de suicidio masculino. El estado de Alaska también presenta tasas elevadas. De hecho, un informe reciente de los CDC indica que los condados estadounidenses más rurales tienen una tasa de suicidio 1,8 veces mayor que los condados más urbanos (Hedegaard *et al.*, 2018). Existen tasas igualmente altas en las regiones rurales y remotas de Canadá (Burrows *et al.*, 2013), Australia (Alston, 2012) y el Reino Unido

(Levin y Leyland, 2005). Este hecho se ha relacionado con una serie de factores socioeconómicos y de empleo, en concreto con el declive de las industrias tradicionales y la disminución de las oportunidades económicas para los hombres sin cualificación laboral que carecen de educación postsecundaria. Esto se analiza más adelante en este capítulo, y con mayor detalle en un capítulo posterior (*vid.* capítulo 8). También es oportuno tener en cuenta que los hombres aborígenes e indígenas suelen vivir en estas regiones (*vid.* apartado 2.2.4).

2.2.3 Hombres blancos

En términos de etnicidad, en los países occidentales los hombres de minorías étnicas tienden a tener menores tasas de suicidio que los blancos de ascendencia europea, así como una menor tasa de enfermedades mentales. Por ejemplo, los afroamericanos, los hispanos y los asiático-americanos en los Estados Unidos tienden a tener tasas de suicidio significativamente más bajas que los hombres blancos de ascendencia europea (Sullivan *et al.*, 2013). Del mismo modo, los hombres blancos de ascendencia europea en Canadá y Australia tienden a tener tasas más altas que los inmigrantes no europeos, así como las minorías étnicas nacidas en Canadá (Ide *et al.*, 2012; Malenfant, 2004). Esto se ha atribuido a varios factores. Por un lado, los hombres de minorías étnicas pueden vivir en subculturas que tienden a presentar un componente mayor de propensión a la religiosidad, más vínculos intergeneracionales y mayor apoyo social de la familia extensa y los amigos (Whitley *et al.*, 2017; Lawrence *et al.*, 2016; Sax, 2016). Por otro

lado, los hombres blancos pueden vivir en subculturas caracterizadas por altos niveles de individualismo (Putnam, 2001; Bellah *et al.*, 1996). Esta tesis se examina con más detalle en la sección 2.4, donde se analiza la integración y la conexión social.

2.2.4 Hombres indígenas y aborígenes

El único grupo étnico de Estados Unidos que tiene tasas similares de suicidio a las de los blancos son los indios americanos. Un estudio reciente reveló que los indios americanos tenían tasas ligeramente inferiores a las de los blancos, pero superiores a las de los negros, los hispanos y los asiático-americanos (Sullivan *et al.*, 2013). Otro estudio reciente observó que los indios americanos tenían una tasa de suicidio un 50% superior a la de los blancos en Estados Unidos, con tasas especialmente altas en Alaska y las llanuras del norte (Herne *et al.*, 2014).

Por el contrario, los estudios indican de manera consistente e inequívoca que los hombres indígenas canadienses y los hombres aborígenes australianos tienen tasas considerablemente más altas que todos los demás grupos étnicos en sus respectivas naciones (Pollock *et al.*, 2018). De hecho, las pruebas sugieren que algunas comunidades inuit remotas del norte de Quebec tienen una tasa de suicidio juvenil más de 10 veces superior a la media, y la mayoría de los suicidios son de hombres jóvenes solteros (Kral 2012; Boothroyd *et al.*, 2001). Una vez más, las tasas más altas se observan en las zonas rurales, remotas y poco pobladas; vinculadas a factores como el desempleo, la falta de oportunidades, las malas condiciones de vida y la falta

de esperanza vital (O'Keefe y Wingate, 2013; Kral, 2012; Hicks, 2007).

Es importante destacar que decenas de miles de varones (y mujeres) indígenas canadienses sufrieron un estresor común y prolongado durante su juventud. Este estresor devino de la separación forzada de sus familias y comunidades para asistir a internados auspiciados por el gobierno y situados fuera de sus comunidades de origen, el último de los cuales cerró en 1996. Estos internados formaban parte de la política asimilacionista a largo plazo de los aborígenes de Canadá. Las pruebas indican que muchas de estas instituciones aplicaban un régimen estricto y que tanto la desatención como los abusos mentales, físicos y sexuales eran habituales (Royal Commission on Aboriginal Peoples, 1996). No es de extrañar que un amplio corpus de investigación haya vinculado estas experiencias infantiles adversas con el suicidio, el consumo de sustancias y otros problemas de salud mental en la edad adulta (Elias *et al.*, 2012; Brodsky y Stanley, 2008).

Los datos sugieren que estas secuelas negativas han tenido un efecto acumulativo y colectivo dentro de las comunidades aborígenes, lo que ha provocado cierto nivel de traumas intergeneracionales (Bombay *et al.*, 2014). Un fenómeno similar ocurrió en Australia con la generación robada, en la que los niños indígenas mestizos fueron sistemáticamente apartados de sus familias y reubicados en instituciones gubernamentales. Una vez más, esta experiencia traumática se ha relacionado con las altas tasas de suicidio en las poblaciones indígenas y aborígenes de ese país (Hunter y Harvey, 2002).

2.2.5 Militares veteranos

Otro grupo de hombres con mayor riesgo de suicidio son los militares veteranos. De hecho, un informe reciente del US Department of Veterans Affairs (2019) señaló que la tasa de suicidio entre los veteranos masculinos de EE. UU. era un 30% más alta que la de otros hombres adultos, con las tasas más altas en los veteranos jóvenes de entre 18 y 34 años. Este informe señala que la tasa actual de suicidio ajustada por edad entre los veteranos masculinos es de 39 por cada 100.000 habitantes, lo que significa que alrededor de 13 veteranos varones mueren por día por suicidio en los Estados Unidos. Dos informes recientes del Veterans Affairs Canada contenían resultados similares, y observaron que los varones veteranos tenían un riesgo de suicidio un 36% mayor que otros hombres adultos (VanTil *et al.*, 2018; Simkus *et al.*, 2017). De manera similar a los datos de Estados Unidos, los informes canadienses encontraron que los varones veteranos jóvenes eran los que corrían más riesgo, con una tasa ajustada por edad de 28 suicidios por cada 100.000 habitantes en los primeros diez años después de licenciarse; el período más vulnerable para los veteranos. Es importante destacar que la preponderancia de los suicidios entre los veteranos estadounidenses y canadienses recién licenciados y más jóvenes incluye un gran número de hombres que sirvieron en conflictos armados recientes como Afganistán e Irak.

Una vez más, estos suicidios se han relacionado con los estresores específicos que experimenta el personal militar, especialmente para aquellos que participan en el combate en primera línea de fuego. Por definición, este personal se ha enfrentado a

grandes peligros para la vida y la integridad física, y puede haber sido testigo de la muerte y la destrucción de muy de cerca. Esto puede aumentar el riesgo de trastorno de estrés postraumático (TEPT), que es significativamente mayor en los veteranos en comparación con la población general (Thompson *et al.*, 2015). Además, la transición a la vida civil puede ser un desafío para los veteranos, ya que alrededor del 50% informan de dificultades de adaptación después de licenciarse (Rose *et al.*, 2018), y solo el 29% de aquellos reportan altos niveles de apoyo social, lo que puede conducir a la soledad, la alienación y el aislamiento social (Ketcheson *et al.*, 2018). Esto se trata con más detalle en la sección 2.4, acerca de la integración y la conexión social.

2.2.6 Hombres involucrados en problemas con el sistema de justicia penal

Los hombres con problemas con el sistema judicial penal también tienen una elevada tasa de suicidio. Un estudio halló que el 11,5% de los varones que cometieron suicidio en la categoría de edad de 40 a 64 años estaban envueltos en problemas con el sistema de justicia penal, en contraste con el 3,8% de los suicidios femeninos (Hempstead y Phillips, 2015). Además, los hombres encarcelados tienen una mayor tasa de suicidio. Un estudio transnacional descubrió que el 93% de los suicidios en prisión son masculinos, y que los hombres en prisión tenían tres veces (RR=3,0) más probabilidades de suicidarse que los hombres de la población en general (Fazel *et al.*, 2017). Del mismo modo, un informe del US Suicide Prevention Resource Center (2016) halló

que los hombres "mueren por suicidio en las cárceles a un ritmo 1,5 veces superior al de las mujeres".

2.3 Contexto social y factores de riesgo comunes

Es importante señalar que las razones que llevan al suicidio son complejas, siendo rara vez el resultado de un solo factor. En cambio, una combinación de factores de riesgo tiende a interactuar en el tiempo para aumentar el riesgo de suicidio (Player *et al.*, 2015; Joiner, 2007). Algunos de estos factores de riesgo tienen un carácter más sostenido y crónico, como por ejemplo la soledad y el aislamiento; mientras que otros pueden ser más agudos, por ejemplo la pérdida repentina del empleo o un divorcio inesperado (Affleck *et al.*, 2018). Estos pueden verse a su vez agravados por factores como las experiencias adversas en la infancia (p. ej., la experiencia dentro de un internado), así como por la falta de servicios locales de asistencia sanitaria adecuados. Los datos sugieren que algunos factores de riesgo a nivel individual pueden expresar mayor prevalencia y ser vividos más intensamente en los hombres que en las mujeres. En particular, la literatura de investigación indica que hay tres factores de riesgo importantes que pueden contribuir a las tasas más altas de suicidio en los hombres, como son 1) los problemas de empleo; 2) el estado civil, divorcio y los problemas familiares; y 3) los trastornos mentales y problemas en relación al consumo de sustancias. Estos factores se analizan a continuación.

2.3.1 Cuestiones de empleo

El corpus de investigación encontrado indica que varios problemas laborales a nivel individual son potenciales factores de riesgo para el suicidio masculino. La bibliografía indica que estos problemas laborales pueden dividirse en dos tipos 1) la pérdida de empleo; un acontecimiento de carácter agudo que puede ser repentino e inesperado; y 2) el desempleo; una experiencia más de tipo crónico que describe un periodo largo sin trabajo. Es importante destacar que la influencia, tanto de la pérdida de empleo como del desempleo prolongado sobre el suicidio, parece ser mayor para los hombres que para las mujeres.

De hecho, la mencionada crisis financiera mundial condujo a un aumento observado y dramático de la pérdida, inesperada y repentina, del empleo masculino, que a su vez condujo a un aumento del desempleo de varones en los años siguientes (Stuckler *et al.*, 2011). La evidencia sugiere que esto contribuyó significativamente al aumento de los suicidios masculinos durante y después del periodo de crisis referido, y que a su vez (como se mencionó anteriormente) se produjo a un ritmo mucho mayor que los suicidios femeninos (Hedegaard *et al.*, 2018; Chang *et al.*, 2013).

Otras investigaciones, no relacionadas con el periodo de crisis anterior, indican que los hombres desempleados tienen una tasa de suicidio significativamente mayor que otros hombres y que las mujeres desempleadas (Payne *et al.*, 2008). Por ejemplo, Milner *et al.* (2014) realizaron un metaanálisis de cinco estudios con el hallazgo de que el desempleo era un factor de riesgo de

suicidio, con un riesgo relativo de 1,58 (95% IC: 1,33-1,83) en comparación con el empleo. Los ratios de riesgo agrupados indicaron que el riesgo relativo era mucho mayor en los hombres desempleados (RR=1,51; 95% IC: 1,19-1,83) en comparación con las mujeres desempleadas (RR=1,15; 95% IC: 0,85-1,45). Estos resultados son coherentes con una revisión sistemática y un metaanálisis anteriores de estudios de cohortes y de casos y controles de la población, en los que se encontró que los hombres desempleados tenían un riesgo relativo de suicidio de 1,68 (95% IC: 1,11-2,54), en comparación con los hombres empleados (Li *et al.*, 2011).

Estos resultados han sido confirmados por una variedad de estudios con población muestral de un solo país. Un estudio de línea pionera, de casos y controles, realizado en Dinamarca observó que el desempleo era un factor de riesgo significativo para los suicidios masculinos, pero no para los femeninos (Qin *et al.*, 2000). Este estudio evidenció que los hombres desempleados tenían más del doble de probabilidad de suicidarse en comparación con los hombres con empleo (OR=2,21; 95% IC: 1,69-2,88), y también que eran significativamente más propensos a suicidarse en comparación con las mujeres desempleadas. En cambio, las mujeres desempleadas no tenían una probabilidad significativamente mayor de suicidarse en comparación con las empleadas (OR=1,37; 95% IC: 0,86-2,19). Estos resultados se han reproducido en estudios más recientes que examinan las relaciones entre el sexo, el empleo y el suicidio (Gunnell y Chang, 2016).

El desempleo también se ha asociado con altas tasas de suicidio entre los subgrupos masculinos vulnerables descritos ante-

riormente. Por ejemplo, los altos niveles de desempleo en ciertas comunidades aborígenes canadienses y australianas se han relacionado con sus altas tasas de suicidio (Kumar y Tjepkema, 2019; De Leo *et al.*, 2011, Penney *et al.*, 2009). Del mismo modo, las elevadas tasas de suicidio entre los militares veteranos se han relacionado con las dificultades para encontrar empleo después de la licenciatura, lo que puede ser particularmente difícil para los soldados de infantería y otros sin las habilidades especializadas que se valoran en la vida civil (Kline *et al.*, 2011). Este mayor riesgo de suicidio entre los hombres que experimentan la pérdida de empleo y el desempleo se ha explicado por una serie de factores implicados.

Un factor fundamental es el impacto económico. Por lo general, los hombres siguen siendo el principal sostén de la familia, y sus ingresos suelen ser necesarios para adquirir los alimentos, la vivienda y otros gastos asociados al mantenimiento del hogar (Klesment y Van Bavel, 2017). La pérdida de ingresos puede provocar graves dificultades financieras, como la austeridad del hogar, la quiebra económica y el deshaucio de la vivienda. De hecho, la pérdida del hogar familiar puede tener un impacto especialmente negativo, y varios estudios asocian la creciente tasa de suicidio de hombres blancos de mediana edad con el incidente del deshaucio de la vivienda de residencia (Houle y Light 2017; Kerr *et al.*, 2017). Del mismo modo, otros estudios han encontrado una asociación entre la bancarrota y el suicidio (Komoto 2014; Kidger *et al.* 2011). En otras palabras, el desempleo y la pérdida de empleo pueden provocar graves consecuencias económicas que pueden tener un impacto devastador en el bienestar

familiar y la calidad de vida. Esta pérdida económica puede interaccionar con otros factores para aumentar el riesgo de suicidio en los hombres. Una de las formas en que esto puede ocurrir es a través de la movilidad social descendente y la consiguiente reducción del estatus socioeconómico.

De hecho, varios estudios han observado que los hombres de estatus socioeconómico bajo tienen un riesgo de suicidio particularmente alto, más alto que el de las mujeres en la misma situación, así como el de los hombres de un estatus socioeconómico más alto (Classen y Dunn, 2012). Por ejemplo, un subanálisis estratificado dentro de la mencionada revisión de Li *et al.* (2011) encontró que los hombres en ocupaciones de bajo estatus (definidos como trabajadores manuales, no cualificados, o de cuello azul) tenían más probabilidades de suicidarse que los hombres en ocupaciones de alto estatus (RR=2,67; 95% IC: 1,53-4,68). Por el contrario, esta revisión encontró que las mujeres en ocupaciones de bajo estatus no tenían una probabilidad significativamente mayor de suicidarse en comparación con las mujeres en ocupaciones de alto estatus (RR=1,27; 95% IC: 0,54-2,94). Además, esta revisión encontró que la fracción atribuible a la población para el suicidio asociado con el bajo estatus ocupacional fue del 33% para los hombres (rango: 18,5% - 46,5%), pero solo el 7% para las mujeres (rango: -14,2% - 34,4%).

Cabe destacar que el estatus socioeconómico suele definirse como una combinación de logros educativos y estatus ocupacional actual, lo que significa que los hombres de bajo estatus socioeconómico pueden experimentar un doble peli-

gro, ya que tienden a 1) carecer de educación superior, lo que puede limitar las oportunidades de empleo actuales y se ha identificado de forma independiente como un factor de riesgo para el suicidio (*vid.* capítulo 7); y 2) estar desempleados o trabajar en empleos inseguros y mal pagados. La influencia del entorno socioeconómico más amplio en relación con el empleo y la salud mental de los hombres se analiza con más detalle en el capítulo 8, más allá de la visión general que se ofrece a continuación.

En resumen, un cambio socioeconómico considerable puede dar lugar a un mayor riesgo de suicidio y otros problemas de salud mental para los hombres con un perfil de bajo nivel socioeconómico. Por ejemplo, en países como Estados Unidos, Australia y el Reino Unido se ha producido un declive masivo de las industrias tradicionales que solían emplear a gran parte de los hombres de la zona geográfica, y que les proporcionaban seguridad económica, así como orgullo, propósito y significado (Case y Deaton, 2020). Esto incluye industrias como la manufacturera, la minera, la pesquera, la forestal y la del petróleo y gas, algunas de las cuales han sido cerradas o subcontratadas a otros lugares como China. Estos descensos se concentran a veces en zonas geográficas concretas, en las que una sola industria (p. ej., la minería del carbón, la construcción naval o la producción de automóviles) ha empleado normalmente a un gran número de hombres del área local, ofreciendo muchas oportunidades tanto a los hombres altamente cualificados como a los poco cualificados. La pérdida de estas industrias se ha relacionado con el aumento de los suicidios masculinos (así como con el abuso de sustancias;

vid. capítulo 3) en dichas zonas, y puede explicar las mencionadas tasas más altas de suicidio masculino que se observan en las ciudades más pequeñas y en las regiones rurales, donde el declive o la pérdida de un empleador o una industria dominante puede afectar duramente a la población masculina local (Myles *et al.*, 2017; Rivera *et al.*, 2017; Alston, 2012; Browning y Heinesen, 2012; Crawford y Prince, 1999).

Para concluir esta sección, cabe señalar que los hombres constituyen la proporción más abrumadora de personas que trabajan en las industrias con actividades más sucias, peligrosas y exigentes, como lo demuestra el hecho de que más del 90% de las muertes y el 75% de las lesiones graves en el lugar de trabajo son de hombres (US Bureau of Labor Statistics, 2020; Myers *et al.* 1998). De hecho, las profesiones ejercidas fundamentalmente por los hombres, como la agricultura, la pesca, las fuerzas del orden, el ejército, la construcción, la silvicultura, la minería y los servicios de transporte, han sido identificadas como las profesiones con mayores tasas de suicidio (Tiesman *et al.*, 2014; Milner *et al.*, 2013; Kposowa, 1999). Por el contrario, el personal religioso y los trabajadores de oficina presentaban las tasas más bajas. Estos fenómenos llevaron a Farrell (1993) a denominar a estas ocupaciones que son llevadas a cabo muy mayoritariamente por hombres, como las *profesiones de la muerte* debido al mayor riesgo de que se produzcan tanto suicidios como muertes por accidentes laborales al desempeñarlas.

Las mayores tasas de suicidio en estas profesiones se han relacionado con varios factores. En primer lugar, la propia naturaleza de estos trabajos puede exponer a los trabajadores a accidentes

y lesiones, y a veces a agresiones y a violencia. Todo ello puede contribuir a un mayor riesgo de trastornos mentales, como p. ej., el trastorno de estrés postraumático (TEPT) y el trastorno por consumo de sustancias, ambos considerados factores de riesgo de suicidio (*vid.* apartado 2.3.3). En segundo lugar, estos trabajos no suelen seguir un horario de *9 a 5*, sino que a menudo implican largas jornadas, trabajo por turnos y un tiempo considerable lejos de los amigos y la familia. Esto puede contribuir a la soledad, el aislamiento y la falta de apoyo social, de nuevo identificados sistemáticamente como factores de riesgo de suicidio (Kleiman y Liu, 2013; Monk, 2000). En tercer lugar, industrias como la pesca, la agricultura y la silvicultura están sujetas a la inestabilidad de los ciclos estacionales y económicos, con períodos de trabajo intenso y otros de desempleo (Alston, 2012). Esto puede ser especialmente así en las comunidades aborígenes de zonas rurales y remotas, donde el trabajo también puede llevarse a cabo bajo duras condiciones ambientales (Condon *et al.*, 1995).

Cabe destacar que profesiones como las fuerzas del orden y la agricultura tienden a ofrecer un fácil acceso a medios instrumentales que aportan letalidad potencial para el suicidio, como son las armas de fuego o el veneno, lo que significa que las personas con riesgo de suicidio en estas profesiones no tienen que superar las mismas barreras para planificar y llevar a cabo un suicidio que otros hombres y mujeres que desarrollan ideación autolítica. Estos factores también pueden contribuir a las mayores tasas de suicidio en algunas de estas profesiones, ejercidas principalmente por varones.

2.3.2 Estado civil, divorcio y cuestiones familiares

La categoría de hombres solteros incluye a aquellos que nunca se han casado antes, a los viudos y a los separados o divorciados. La literatura indica que todos estos grupos tienen un mayor riesgo de suicidio que los hombres casados, y que de entre ellos, los hombres separados o divorciados son los que tienen un mayor riesgo. Además, un hallazgo sólido en la literatura sobre el suicidio es que los hombres que nunca han estado casados antes y los separados o divorciados tienen un mayor riesgo de suicidio en comparación con las mujeres en la misma situación (Evans *et al.*, 2014; Payne *et al.*, 2008).

Un estudio reciente de los datos del US National Longitudinal Mortality Study, a gran escala, compuesto por 1,38 millones de personas, examinó la relación entre el suicidio y el estado civil (Kposowa *et al.*, 2020). Este estudio estratificó los resultados por género, encontrando que los hombres divorciados y separados tenían un riesgo relativo dos veces mayor (RR ajustado=2,01; 95% IC: 1,73-2,38) de suicidio en comparación con los hombres casados, mientras que las mujeres divorciadas y separadas tenían un riesgo relativo ajustado menos marcado, de 1,46 (95% IC: 1,10-1,95).

Estos resultados son coherentes con análisis anteriores de esta encuesta longitudinal. Por ejemplo, Kposowa (2000) observó que los hombres divorciados tenían algo más del doble de probabilidad de morir por suicidio en comparación con los hombres casados (RR=2,08; 95% IC: 1,58-2,72), y los hombres divorciados también tenían tasas significativamente más altas que

los hombres viudos y los que nunca se habían casado antes. En ese estudio, las tasas de suicidio de los hombres viudos y solteros fueron mucho más bajas que las de los hombres divorciados y no fueron significativamente diferentes de las tasas de los hombres casados. En otro análisis, Kposowa (2003) comparó directamente las tasas entre hombres divorciados y mujeres divorciadas, encontrando que los hombres divorciados tenían un riesgo relativo de suicidio más de ocho veces superior al de las mujeres divorciadas (RR=8,36; 95% IC: 4,24-16,38). En otras palabras, esta serie de análisis de un estudio longitudinal estadounidense a gran escala puso de manifiesto que el divorcio y la separación son factores de riesgo de suicidio tanto para los hombres como para las mujeres, pero que el riesgo era drásticamente mayor entre los hombres divorciados.

Estos resultados coinciden con otros hallazgos realizados en otras áreas geográficos. Por ejemplo, un estudio de cohorte nacional a gran escala, sobre suicidios consumados en Suecia encontró que los hombres solteros tenían casi el doble de probabilidades de suicidarse en comparación con los hombres casados (HR=1,97; 95% IC: 1,85-2,10); y significativamente más probabilidades de suicidarse en comparación con las mujeres solteras, mostrando las tasas más altas entre los hombres divorciados (Crump *et al.*, 2014). Curiosamente, los países europeos con mayores tasas de divorcio tienden a tener mayores tasas de suicidio masculino. Por ejemplo, Lituania tiene la tasa de mortalidad por suicidio más alta de todos los países de la Unión Europea, con hombres que mueren por suicidio a un ritmo casi seis veces superior al de las mujeres en ese país (Eurostat, 2020a). También presenta una de

las tasas de divorcio más altas, lo que también indica una relación entre el divorcio y el suicidio masculino (Eurostat, 2020b).

Otros estudios han realizado amplias comparaciones entre hombres casados y solteros, indicando que los hombres solteros tienen un mayor riesgo de suicidio en comparación con los casados. Por ejemplo, el ya mencionado estudio danés de casos y controles a gran escala evidenció que el riesgo relativo de suicidio, ajustado a la edad, de los hombres solteros era más del doble que el de los hombres casados o en cohabitación (OR=2,59; 95% IC: 2,18-3,09), y significativamente mayor que la tasa de suicidio de las mujeres solteras (Qin *et al.*, 2000). Asimismo, un estudio a gran escala realizado en EE. UU. con datos del National Center for Health Statistics, señala que los hombres solteros de entre 40 y 60 años tenían 3,5 veces más probabilidades de morir por suicidio en comparación con los hombres casados de la misma edad, con tasas notablemente más altas para los hombres solteros en comparación con las mujeres solteras (Phillips *et al.*, 2010). Del mismo modo, otro estudio estadounidense a gran escala mostró *hazard* ratios que ponían de manifiesto que los hombres solteros de entre 40 y 75 años tenían un riesgo de suicidio dos veces mayor en relación a los hombres casados del mismo grupo etario (Tsai *et al.*, 2014).

En resumen, los datos de varias encuestas y de varios países, los cuales utilizan diversas metodologías, indican que los hombres solteros tienen *per se* un riesgo más elevado de suicidio en comparación con los hombres casados, y esto es más pronunciado entre los hombres divorciados y (en un grado ligeramente menor) separados. Ello implica que la experiencia psicosocial del divorcio

puede ser especialmente dolorosa para los hombres, y que puede ser un factor de estrés agudo con consecuencias crónicas. Esto podría estar relacionado con varios factores.

En primer lugar, los datos indican que alrededor del 70% de los divorcios son iniciados por la esposa, lo que significa que el divorcio puede ser una transición impactante y no deseada por el marido (Rosenfield, 2018). Esto significa que el marido a menudo tiene que luchar para movilizar sus recursos psicológicos, sociales y económicos para poder hacer frente a una transformación repentina y no planificada. Muchos hombres, especialmente quienes poseen bajos ingresos, pueden carecer de estos recursos, lo que puede provocar confusión y angustia (McManus y DiPrete, 2001).

En segundo lugar, es más probable que las mujeres mantengan redes de amistad y de familia extensa más amplias cuando están casadas, mientras que los hombres tienden a depender de su pareja e hijos para la interacción y apoyo social (Kalmijn, 2003; Alexander *et al.*, 2001). Esto significa que los hombres tienden a experimentar una caída más intensa en el apoyo y la interacción social después de un divorcio, debido a la falta de una red social de seguridad. Este hecho puede dejarlos solos y aislados precisamente cuando más necesitan el apoyo social (Wyllie *et al.*, 2012; Houle *et al.*, 2008; Rotermann, 2007).

En tercer lugar, después de un divorcio los padres suelen ser separados habitualmente de sus hijos, y los estudios de diversos países occidentales indican que a la madre se le suele otorgar la responsabilidad parental exclusiva o mayoritaria (la guardia y custodia legal de los hijos) en más del 80% de los divorcios (Grall, 2016; US Census Bureau, 2016; Kaspiew et al,. 2015;

Department of Justice Canada, 2000). En una revisión de la literatura, Payne *et al.* (2008, p.30) señalan que "el divorcio puede ser especialmente devastador para los hombres porque son ellos los que principalmente pierden su hogar, sus hijos y su familia". Esta separación de los hijos puede ser especialmente dolorosa, ya que provoca un enorme vacío y una sensación de pérdida que puede generar vergüenza, culpa, abuso de alcohol o sustancias, sensación de fracaso y gran malestar psicológico (Bartlett, 2004; Wallerstein y Blakeslee, 2004; Stack, 2000). Esta experiencia puede representar un gran sufrimiento y duelo, muy traumático para los hombres implicados, lo que también puede contribuir a potenciar las tendencias suicidas.

En relación con esto, muchos hombres informan de una experiencia negativa y muy estresante dentro del sistema de tribunales de familia, con una percepción común de que estos tribunales marginan la participación del padre en las responsabilidades de crianza de los hijos y no reconocen el valor de las relaciones padre-hijo (Felix *et al.*, 2013). Esta experiencia puede llevar a una gran pérdida de fe en la sociedad en su conjunto, especialmente cuando estos tribunales exigen gravosos pagos de manutención de los hijos, (o la propia exesposa) pero, por otra parte asimétricamente, dan un acceso mínimo a la convivencia con los hijos, lo que puede llevar a un grave deterioro de la calidad de vida (Shiner *et al.*, 2009; McManus y DiPrete, 2001). Kposowa (2003, p.993) señala que "al final, el padre no solo pierde su matrimonio, sino también a sus hijos [...] bien pudiendo ser que la asociación observada entre el divorcio y el suicidio en los hombres sea el impacto de los 'arreglos' posteriores al divorcio (sancionados por

los tribunales)". En ese mismo sentido, (Struszczyk *et al.*, 2019) encontraron en una exhaustiva revisión de estudios, que la separación de los hijos se cita a menudo como la causa principal de suicidio masculino en muchas investigaciones forenses.

Cabe destacar que en las últimas décadas han aumentado muy notablemente las tasas de divorcio, separación y el número de personas que viven solas. Al mismo tiempo, las parejas han tenido menos hijos y cuando los tienen suele ser a una edad más avanzada, transformando la naturaleza de la familia típica y la trayectoria vital tradicional. Todo esto se analiza con más detalle en el capítulo 9, donde se relacionan las tendencias sociales y culturales relacionadas con el estado civil y la familia con la salud mental.

2.3.3 Trastornos mentales y problemas de consumo de sustancias

Uno de los factores de riesgo más destacados del suicidio masculino es la presencia de un trastorno mental. Así por ejemplo, una revisión sistemática de la literatura sobre el suicidio encontró que el riesgo relativo de suicidio para los hombres con cualquier trastorno mental era de 7,5 (Li *et al.*, 2011). Curiosamente, este estudio encontró tasas más altas en los hombres con esquizofrenia (RR=11,9; 95% IC: 10,93-12,83) y en los hombres con trastornos afectivos como la depresión (RR=11; 95% IC: 7,71-15,68), en comparación con los hombres con trastornos por consumo de sustancias (RR=6,9; 95% IC: 4,51-10,50) y los hombres con trastornos de la personalidad (RR=4,1; 95% IC: 2,95-5,80). Un

estudio de cohorte sueco más reciente, con más de 3 millones de personas halló que el trastorno de estrés postraumático (TEPT) era un factor de riesgo significativo para el suicidio, encontrando que los hombres que presentaban TEPT eran casi 4 veces (HR: 3,96; 95% IC: 3,12-5,03) más propensos a suicidarse que los hombres sin ese trastorno (Fox *et al.*, 2021).

En algunos de los estudios a gran escala mencionados anteriormente se encontraron resultados similares. Por ejemplo, en otro estudio de cohorte sueco se encontró que la presencia de cualquier trastorno mental era un fuerte factor de riesgo, observando la existencia de un trastorno mental diagnosticado en un 39% de los suicidios masculinos (Crump *et al.*, 2014). Más de la mitad de ellos presentaba un trastorno por consumo de sustancias, mientras que algo menos de la mitad presentaba depresión. Es importante destacar que estas cifras pueden constituir subestimaciones, ya que el método de detección de casos se basó en registros médicos de trastornos mentales diagnosticados, excluyendo así los trastornos no diagnosticados. De hecho, los estudios de autopsias psicológicas sugieren que hasta el 90% de los fallecidos por suicidio tenían un trastorno mental, a menudo no diagnosticado ni tratado (Arsenault-Lapierre *et al.*, 2004).

Cabe destacar que el análisis multivariante de este estudio sueco indicó que la presencia de cualquier trastorno mental producía un riesgo 12 veces mayor de suicidio en los hombres (95% IC: 11,31-13,13), en relación con aquellos a los que nunca se les diagnosticó un trastorno mental. La depresión tenía un riesgo 15 veces mayor para los hombres (95% IC: 14,37-21,47); el riesgo más alto de todos los trastornos mentales, mientras que la

esquizofrenia (95% IC: 3,39-4,70) y los trastornos por consumo de sustancias (95% IC: 3,79-4,95) tenían un riesgo 4 veces mayor. Curiosamente, estos autores también llevaron a cabo un análisis de series temporales, indicando un riesgo 25 veces mayor (95% IC: 22,25-29,14) para los hombres durante los tres meses siguientes a un diagnóstico de depresión, lo que sugiere que este constituye un período crítico en el que aumenta el riesgo de suicidio (Crump *et al.*, 2014).

Estos hallazgos son coherentes con los resultados de diversos estudios que indican que el riesgo de suicidio aumenta drásticamente en los meses inmediatos a la hospitalización psiquiátrica, lo que sugiere, una vez más, la existencia de un período de tiempo crítico (Qin y Nordentoft, 2005). Por ejemplo, el estudio danés de casos y controles ya mencionado descubrió que la hospitalización psiquiátrica reciente era el factor de predicción más fuerte del suicidio masculino, y que los hombres dados de alta en el año anterior tenían 20 veces más probabilidades de morir por suicidio que los hombres que nunca habían ingresado (Qin *et al.*, 2000). En este estudio, los hombres dados de alta en el mes anterior corrían un riesgo especial, y tenían más de 100 veces más probabilidad de morir por suicidio (OR=154,2; 95% IC: 89,55-265,55) que los hombres que nunca ingresaron en un hospital psiquiátrico.

Estos hallazgos también indican que una gran proporción de hombres que mueren por suicidio han tenido un contacto reciente con el sistema sanitario oficial, lo que indica que los hombres que cometen suicidio, en contra de la creencia popular, están de hecho dispuestos a buscar ayuda y a hablar de sus problemas.

De hecho, una revisión precursora de la literatura sobre el suicidio evidenció que el 78% de los hombres habían tenido contacto con la atención sanitaria primaria en el año anterior al suicidio, mientras que el 35% había tenido contacto con una asistencia de salud mental especializada (Luoma *et al.*, 2002). Otro estudio encontró que el 30% de los hombres que se suicidaron estaban recibiendo tratamiento de salud mental en el momento de su muerte (Hempstead y Phillips, 2015). Esto desmiente el mito de la culpabilización de las víctimas de que la alta tasa de suicidio masculino se debe a que los hombres evitan obstinadamente los servicios de salud debido a la "masculinidad tóxica" o a una terquedad patológica (Whitley, 2018). También implica que los servicios sanitarios pueden no estar respondiendo adecuadamente a las necesidades y preferencias de los hombres, un fenómeno que se analiza con más detalle en el capítulo 6.

Una explicación general de la elevada tasa del suicidio masculino es que una constelación de factores de riesgo, crónicos y agudos, interaccionan con el resultado de aumentar el riesgo de suicidio. Estos factores pueden incluir transiciones repentinas e inesperadas, como la pérdida del trabajo y la ruptura de la relación familiar, que tienden a afectar a la suicidabilidad masculina mucho más intensamente que a la femenina. Estos factores de estrés agudos pueden empeorar los problemas de salud mental existentes o precipitar nuevos problemas de salud mental, lo que puede aumentar aún más el riesgo de suicidio en los hombres. Estos varones a menudo buscan ayuda en los servicios de salud oficiales, pero pueden encontrar estos servicios poco atrayentes y adaptados, con algunas pruebas que sugieren que los hombres

perciben los servicios de salud mental como *intrínsecamente femeninos* (*vid.* capítulo 6) e inadecuados para sus necesidades reales (Ogrodniczuk *et al.*, 2016; Morison *et al.*, 2014; Bilsker *et al.*, 2010). Esta situación puede llevar a los hombres más vulnerables a evitar o desvincularse de los servicios de salud y a luchar en silencio, lo que a veces puede implicar intentos de automedicación de la angustia mediante un abuso de sustancias (*vid.* capítulo 3).

De hecho, un estudio estadounidense a gran escala descubrió que alrededor del 35% de los hombres (entre 40 y 64 años) que murieron por suicidio tenían problemas de dependencia del alcohol o de abuso de otras sustancias (Hempstead y Philips 2015), con estadísticas similares observadas en otros estudios sobre el suicidio masculino (p. ej., Suominen *et al.*, 2004; Marzuk y Mann, 1988). Esta circunstancia coincide con los resultados del estudio de cohorte sueco mencionado anteriormente, que indica que los hombres con un trastorno por consumo de sustancias presentan un riesgo de suicidio cuatro veces mayor que los hombres sin trastorno psiquiátrico (Crump *et al.*, 2014). Es importante destacar que estos problemas de abuso de sustancias pueden surgir debido a una incidencia en el curso de la vida, incluyendo una experiencia adversa en la infancia (como la asistencia forzada a las escuelas residenciales para los aborígenes canadienses) o el advenimiento de las dificultades tempranas de los adultos, como la participación en la guerra (Kuh *et al.* 2003). También puede ser un problema agudo, en el que las personas en riesgo intentan automedicarse debido al aumento del estrés y la angustia provocados por problemas psicosociales como la pérdida del empleo, el divorcio y la lucha contra una enfermedad mental (Brownhill *et*

al., 2002). En otras palabras, tanto el consumo crónico como el agudo de sustancias pueden contribuir al riesgo de suicidio.

2.4 Integración social y conexión social

En resumen, la literatura de investigación indica que ciertos subgrupos de hombres tienen un mayor riesgo de suicidio. Entre ellos se encuentran los hombres aborígenes, los militares veteranos, los divorciados, los desempleados y aquellos con enfermedades mentales. Cada uno de estos grupos separados se enfrenta a factores de estrés únicos y a veces incomparables que pueden contribuir a las altas tasas de suicidio observadas en dicho grupo. Pero, ¿existen experiencias psicosociales comunes subyacentes que puedan contribuir a las mayores tasas de suicidio en estos grupos? La respuesta sucinta a esta pregunta es sí, como se explica en detalle a continuación.

En mayor o menor medida, los hombres de estos grupos se enfrentan con frecuencia a altos niveles de aislamiento, estigmatización social y dificultades económicas. También pueden ser estereotipados debido a su condición demográfica, así como a su sexo, y puede existir una falta de empatía pública hacia su difícil situación (*vid.* capítulo 1). De hecho, un factor común entre los hombres de estos grupos puede ser el rechazo real o percibido de la sociedad mayoritaria, lo que conduce a sentimientos continuos de desafección y distanciamiento. Un factor subyacente que explica las altas tasas de suicidio en estos grupos tan dispares puede ser un fuerte sentimiento de alienación social, caracterizado por

una disminución del sentido y el propósito de la vida, que a su vez puede debilitar las razones más primarias para vivir (Kleiman y Beaver, 2013; Rodgers, 2011; Stack, 2000). Las investigaciones sobre esta cuestión han tendido a centrarse en los conceptos sociológicos relacionados de *integración* y *desintegración social.*

Es importante destacar que la integración social de los hombres adultos en los países occidentales se produce normalmente mediante la participación significativa en 1) una familia nuclear; y 2) la fuerza de trabajo. Por ello, la desintegración de una familia nuclear y la pérdida del empleo pueden tener un efecto especialmente pernicioso en los hombres. Asimismo, los estereotipos estigmatizantes dirigidos a grupos como las personas con enfermedades mentales y los aborígenes pueden impedir la entrada en la fuerza de trabajo, contribuyendo así a la alienación social, la falta de integración social y la marginación autosostenida.

La conclusión clave de la conocida obra de Durkheim *El suicidio: estudio de sociología* fue que la integración social (y la falta de ella) era el factor subyacente fundamental que explicaba las tasas diferenciales de suicidio en la Europa del siglo XIX. Durkheim observó que grupos como las mujeres sin hijos y los hombres solteros presentaban mayores tasas de suicidio, que se atribuían a la falta de integración social. Del mismo modo, observó que los católicos romanos y los judíos tenían tasas de suicidio más bajas que los protestantes, argumentando que esto se debía a que el protestantismo evolucionaba hacia una cosmovisión del mundo más individualista y menos cohesionada socialmente que el catolicismo o el judaísmo (Durkheim, 1897). Esto le llevó a acuñar términos como el de *suicidio egoísta*, que se refiere a los

suicidios de personas que carecen de conexiones sociales significativas y de integración social, y el de *suicidio anómico*, que se refiere a los suicidios de personas desconcertadas debido a un entorno de dramática agitación social, económica o política.

Las conceptualizaciones de Durkheim han sido utilizadas por muchos investigadores contemporáneos. Por ejemplo, la teoría del suicidio anómico se ha utilizado para ayudar a explicar las mayores tasas de suicidio después de la crisis económica mundial (Hodwitz y Frey, 2016) y en las antiguas repúblicas soviéticas (Varnik y Wasserman, 1992). Asimismo, la teoría del suicidio egoísta se ha utilizado para explicar las mayores tasas de suicidio en varones divorciados (Rossow, 1993) y desempleados (DeFina y Hannon, 2014). El papel del significado existencial y el propósito vital es básico para estas interpretaciones durkheimianas del suicidio. Numerosas investigaciones indican que los hombres tienden a extraer una cantidad muy importante de significado existencial a través de sus roles de protector y proveedor del sustento familiar (Alston, 2012; Oliffe *et al.*, 2011; Dyke y Murphy, 2006). Esto puede ser una poderosa fuente de propósito y orgullo, mientras que el incumplimiento de estos roles puede dejar a los hombres avergonzados y estigmatizados a los ojos de ellos mismos, de su familia y de la sociedad en general, debilitando así su integridad intrapsíquica, social y familiar (Affleck *et al.*, 2018). De hecho, numerosas investigaciones indican que la falta real o percibida de relaciones de apoyo es un factor de riesgo para el suicidio (Centers for Disease Control and Prevention, 2008), y los individuos suicidas informan sistemáticamente de niveles más bajos de apoyo social que aquellos individuos no suicidas (O'Connor, 2003).

La ausencia o el fracaso del apoyo social en coyunturas sociales críticas, que incluyen tanto las transiciones a nivel individual, como la pérdida de un trabajo o el divorcio, o los trastornos socioeconómicos a nivel macro, como la crisis económica mundial o la pandemia del COVID-19, pueden significar un fracaso de la integración social, que a su vez puede aumentar el riesgo de suicidio para los hombres.

2.5 Conclusión

Los hombres mueren por suicidio en una proporción considerablemente mayor que las mujeres y algunos grupos de hombres tienen tasas de suicidio especialmente altas, como los aborígenes, los militares veteranos, los hombres de mediana edad, los que habitan en zonas rurales y remotas y los que sufren enfermedades mentales. Es preocupante que las tasas de suicidio masculino han aumentado de forma constante desde 1999. Los datos sugieren que algunos factores de riesgo suponen un riesgo sustancialmente mayor para los hombres que para las mujeres, especialmente el desempleo y el divorcio. Estos factores pueden combinarse e interactuar sinérgicamente, lo que lleva a un debilitamiento de la integración y la conexión social a la vez que disminuye el sentido existencial y el propósito vital de los hombres implicados en esas situaciones. Es importante destacar que todos estos factores de riesgo se ven afectados por el contexto cultural más amplio, incluidas las tendencias socioeconómicas a nivel macro que se analizan con más detalle más adelante en este libro.

Referencias

Affleck, W., Carmichael, V. y Whitley, R. (2018). Men's mental health: Social determinants and implications for services. *Canadian Journal of Psychiatry*, 63(9), 581-589. https://doi.org/10.1177/0706743718762388.

Affleck, W., Thamotharampillai, U., Jeyakumar, J. y Whitley, R. (2018). "If one does not fulfill his duties, he must not be a man": Masculinity, mental health and resilience amongst Sri Lankan Tamil refugee men in Canada. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 42, 840-861. https://doi.org/10.1007/s11013-018-9592-9.

Alexander, R., Feeney, J., Hohaus, L. y Noller, P. (2001). Attachment style and coping resources as predictors of coping strategies in the transition to parenthood. *Personal Relationships*, 8(2), 137-152. https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.2001.tb00032.x.

Alston, M. (2012). Rural male suicide in Australia. *Social Science y Medicine*, 74(4), 515-522. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.04.036.

Arsenault-Lapierre, G., Kim, C. y Turecki, G. (2004). Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: A meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 4, 37. https://doi.org/10.1186/1471-244X-4-37.

Barr, B., Taylor-Robinson, D., Scott-Samuel, A., McKee, M. y Stuckler, D. (2012). Suicides associated with the 2008-10 economic recession in England: Time trend analysis. *BMJ*, 345, e5142. https://doi.org/10.1136/bmj.e5142.

Bartlett, E. E. (2004). The effects of fatherhood on the health of men: A review of the literature. *Journal of Men's Health and Gender*, 1(2-3), 159-169. https://doi.org/10.1016/j.jmhg.2004.06.004.

Bellah, R. N., Madsen, R., Sullivan, W. M., Swidler, A. y Tipton, S. M. (1996). *Habits of the heart: individualism and commitment in American life: updated edition with a new introduction*. Univ of California Press.

Bilsker, D., Goldenberg, L. y Davison, J. (2010). *A roadmap to men's health: Current status, research, policy and practice*. Vancouver, BC: Men's Health Initiative of British Columbia, UBC and Centre for Applied Research in Mental Health and Addiction. Recuperado el 22/5/2020 de https://www.sfu.ca/carmha/publications/roadmap-to-mens-health.html.

Bilsker, D., y White, J. (2011). The silent epidemic of male suicide. *British Columbia Medical Journal*, 53(10), 529-534.

Bombay, A., Matheson, K. y Anisman, H. (2014). The intergenerational effects of Indian Residential Schools: Implications for the concept of historical trauma. *Transcultural Psychiatry*, 51(3), 320-338. https://doi.org/10.1177/1363461513503380.

Boothroyd, L. J., Kirmayer, L. J., Spreng, S., Malus, M. y Hodgins, S. (2001). Completed suicides among the Inuit of northern Quebec, 1982-1996: A case-control study. *CMAJ*, 165(6), 749-755.

Brodsky, B. S. y Stanley, B. (2008). Adverse childhood experiences and suicidal behavior. *Psychiatric Clinics of North America*, 31(2), 223-235. https://doi.org/10.1016/j.psc.2008.02.002.

Brownhill, S., Wilhelm, K., Barclay, L. y Parker, G. (2002). Detecting depression in men: A matter of guesswork. *International Journal of Men's Health*, 1(3), 259-280. https://doi.org/10.3149/jmh.0103.259.

Browning, M. y Heinesen, E. (2012). Effect of job loss due to plant closure on mortality and hospitalization. *Journal of Health Economics*, 31(4), 599-616. https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2012.03.001.

Burrows, S., Auger, N., Tamambang, L., y Barry, A. D. (2013). Suicide mortality gap between Francophones and Anglophones of Quebec, Canada. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48, 1125-1132. https://doi.org/10.1007/s00127-012-0637-z.

Case, A., y Deaton, A. (2020). *Deaths of despair and the future of capitalism*. Princeton University Press.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2008). *Strategic direction for the prevention of suicidal behavior: Promoting individual, family, and community connectedness to prevent suicidal behavior.* Centers for Disease Control and Prevention. Recuperado el 22/5/2020 de http://www.cdc.gov/ViolencePrevention/pdf/Suicide_Strategic_Direction_Full_Version-a.pdf.

Chang, S. S., Stuckler, D., Yip, P. y Gunnell, D. (2013). Impact of 2008 global economic crisis on suicide: Time trend study in 54 countries. *BMJ*, 347, f5239. https://doi.org/10.1136/bmj.f5239.

Classen, T. J. y Dunn, R.A. (2012). The effect of job loss and unemployment duration on suicide risk in the United States: A new look using mass-layoffs and unemployment duration. *Health Economics*, 21(3), 338-350. https://doi.org/10.1002/hec.1719.

Condon, R. G., Collings, P. y Wenzel, G. (1995). The best part of life: Subsistence hunting, ethnicity, and economic adaptation among young adult Inuit males. *Arctic Institute of North America*, 48(1), 31-46. https://doi.org/10.14430/arctic1222.

Crawford, M. J. y Prince, M. (1999). Increasing rates of suicide in young men in England during the 1980s: The importance of social context. *Social Science y Medicine*, 49(10), 1419-1423. https://doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00213-0.

Crump, C., Sundquist, K., Sundquist, J. y Winkleby, M. A. (2014). Sociodemographic, psychiatric and somatic risk factors for suicide: A Swedish national cohort study. *Psychological Medicine*, 44(2), 279-289. https://doi.org/10.1017/S0033291713000810.

De Leo, D., Sveticic, J., Milner, A. y McKay, K. (2011). *Suicide in indigenous populations of Queensland*. Australian Academic Press.

De Vogli, R., Marmot, M. y Stuckler, D. (2013). Excess suicides and attempted suicides in Italy attributable to the great recession. *Journal of Epidemiology y Community Health*, 67, 378-379. https://doi.org/10.1136/jech-2012-201607.

DeFina, R. y Hannon, L. (2014). The changing relationship between unemployment and suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 45(2), 217-229. https://doi.org/10.1111/sltb.12116.

Department of Justice Canada, Family, Children and Youth Section (2000). *Selected statistics on Canadian families and family law: Second edition*. Department of Justice Canada. Recuperado el 22/5/2020 de https://www.justice.gc.ca/eng/rp-pr/fl-lf/famil/stat2000/index.html#a01.

Durkheim, E. (1897). *Suicide: A study in sociology* (trans: Spaulding, J. A. y Simpson, G.). The Free Press.

Dyke, L. S. y Murphy, S. A. (2006). How we define success: A qualitative study of what matters most to women and men. *Sex Roles*, 55, 357-371. https://doi.org/10.1007/s11199-006-9091-2.

Elias, B., Mignone, J., Hall, M., Hong, S. P., Hart., L. y Sareen, J. (2012). Trauma and suicide behaviour histories among a Canadian indigenous population: An empirical exploration of the potential role of Canada's residential school system. *Social Science y Medicine*, 74(10), 1560-1569. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.01.026.

Eurostat. (2020a, June). *Causes of death statistics*. Eurostat. Recuperado 20/4/2021 de https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-xplained/index.php/Causes_of_death_statistics#Causes_of_death_by_sex.

Eurostat. (2020b, October 6). Marriage and divorce statistics. Eurostat. Recuperado 20/4/2021 de https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/pdfscache/6790.pdf.

Evans, R., Scourfield, J. y Moore, G. (2014). Gender, relationship breakdown, and suicide risk: A review of research in Western countries. *Journal of Family Issues*, 37(16), 2239-2264. https://doi.org/10.1177/0192513X14562608.

Farrell, W. (1993). *The myth of male power*. Berkley books. New York.

Fazel, S., Ramesh, T. y Hawton, K. (2017). Suicide in prisons: An international study of prevalence and contributory factors. *Lancet Psychiatry*, 4(12), 946-952. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30430-3.

Felix, D. S., Robinson, W. D. y Jarzynka, K. J. (2013). The influence of divorce on men's health. *Journal of Men's Health*, 10(1), 3-7. https://doi.org/10.1016/j.jomh.2012.09.002.

Fox, V., Dalman, C., Dal, H., Hollander, A. C., Kirkbride, J. B. y Pitman, A. (2021). Suicide risk in people with post-traumatic stress disorder: A cohort study of 3.1 million people in Sweden. *Journal of affective disorders*, *279*, 609-616. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.10.009

Grall, T. (2016, enero). *Custodial mothers and fathers and their child support: 2013*. US Census Bureau. Recuperado el 22/5/2020 de https://www.census.gov/content/dam/Census/library/publications/2016/demo/P60-255.pdf.

Gunnell, D. y Chang, S. S. (2016). Economic recession, unemployment, and suicide. In O'Connor, R. C., y Pirkis, J. (Eds.), *The international handbook of suicide prevention* (2ª ed., pp. 284-300). Whitley Blackwell.

Hedegaard, H., Curtin, S.C. y Warner, M. (2018, noviembre). *Suicide mortality in the United States, 1999-2017*. National Center for Health Statistics. Recuperado el 22/5/2020 de https://www.cdc.gov/nchs/products/databriefs/db330.htm#:~:text=occurring%20after%202006. From%20 1999%20through%202017%2C%20the%20age%2Dadjusted%20suicide%20rate%20increased,1999%20to%2022.4%20in%202017.

Hempstead, K. A. y Phillips, J. A. (2015). Rising suicide among adults aged 40-64 years: The role of job and financial circumstances. *American Journal of Preventive Medicine*, 48(5), 491-500. https://doi.org/10.1016/j.amepre.2014.11.006.

Herne, M. A., Bartholomew, M. L. y Weahkee, R. L. (2014). Suicide mortality among American Indians and Alaska Natives, 1999-2009. *American Journal of Public Health*, 104, S336-S342. https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.301929.

Hicks, J. (2007). The social determinants of elevated rates of suicide among Inuit youth. *Indigenous Affairs*, 4, 30-37.

Hirsch, J. K. (2007). A review of the literature on rural suicide. *Crisis*, 27, 189-199. https://doi.org/10.1027/0227-5910.27.4.189.

Hodwitz, O. y Frey, K. (2016). Anomic suicide: A Durkheimian analysis of European normlessness. *Sociological Spectrum*, 36(4), 236-254. https://doi.org/10.1080/02732173.2016.1148652.

Houle, J., Mishara, B. L. y Chagnon, F. (2008). An empirical test of a mediation model of the impact of the traditional male gender role on suicidal behavior in men. *Journal of Affective Disorders*, 107(1-3), 37-43. https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.07.016.

Houle, J. N. y Light, M. T. (2017). The harder they fall? Sex and race/ethnic specific suicide rates in the U.S. foreclosure crisis. *Social Science y Medicine*, 180, 114-124. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.03.033.

Hunter, E. y Harvey, D. (2002). Indigenous suicide in Australia, New Zealand, Canada and the United States. *Emergency Medicine*, 14(1), 14-23. https://doi.org/10.1046/j.1442-2026.2002.00281.x.

Ide, N., Kõlves, L., Cassaniti, M. y De Leo, D. (2012). Suicide of first-generation immigrants in Australia, 1974–2006. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47, 1917-1927. https://doi.org/10.1007/s00127-012-0499-4.

Joiner, T. (2007). *Why people die by suicide.* Harvard University Press.

Kalmijn, M. (2003). Shared friendship networks and the life course: An analysis of survey data on married and cohabiting couples. *Social Networks*, 25(3), 231-249. https://doi.org/10.1016/S0378-8733(03)00010-8.

Kaspiew, R., Carson, R., Qu, L., Horsfall, B., Tayton, S., Moore, S., Coulson, M. y Dunstan, J. (2015, October). *Court Outcomes Project (Evaluation of the 2012 Family Violence Amendments).* Australian Institute of Family Studies. Recuperado el 15/4/2021 de www.aifs.gov.au/publications/court-outcomes-project.

Kentikelenis, A., Karanikolos, M., Papanicolas, I., Basu, S., McKee, M. y Stuckler, D. (2011). Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. *The Lancet*, 378(9801), 1457-1458. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61556-0.

Kerr, W. C., Kaplan, M. S., Huguet, N., Caetano, R., Giesbrecht, N. y McFarland, H. (2017). Economic recession, alcohol, and suicide rates: Comparative effects of poverty, foreclosure, and job loss. *American Journal of Preventive Medicine*, 52(4), 469-475. https://doi.org/10.1016/j.amepre.2016.09.021.

Ketcheson, F., King, L. y Richardson, J. D. (2018). Association between social support and mental health conditions in treatment-seeking Veterans and Canadian Armed Forces personnel. *Journal of Military, Veteran and Family Health*, 4(1), 20-32. https://doi.org/10.3138/jmvfh.2017-0001.

Kidger, J. K., Gunnell, D., Jarvik, J. G., Overstreet, K. A. y Hollingworth, W. (2011). The association between bankruptcy and hospital-presenting attempted suicide: A record linkage study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 41(6), 676-684. https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.2011.00063.x.

Kleiman, E. M. y Beaver, J. K. (2013). A meaningful life is worth living: Meaning in life as a suicide resiliency factor. *Psychiatry Research*, 210(3), 934-939. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.08.002.

Kleiman, E. M. y Liu, R. T. (2013). Social support as a protective factor in suicide: Findings from two nationally representative samples. *Journal of Affective Disorders*, 150(2), 540-545. https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.01.033.

Klesment, M. y Van Bavel, J. (2017). The reversal of the gender gap in education, motherhood, and women as main earners in Europe. *European Sociological Review*, 33(3), 465-481. https://doi.org/10.1093/esr/jcw063.

Kline, A., Ciccone, D. S., Falca-Dodson, M., Black, C. M. y Losonczy, M. (2011). Suicidal ideation among National Guard troops deployed to Iraq: The association with postdeployment readjustment problems. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 199(12), 914-920. https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3182392917.

Komoto, Y. (2014). Factors associated with suicide and bankruptcy in Japanese pathological gamblers. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 12, 600-606. https://doi.org/10.1007/s11469-014-9492-3.

Kposowa, A. J. (1999). Suicide mortality in the United States: Differentials by industrial and occupational groups. *American Journal of Industrial Medicine*, 36(6), 645-652. https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0274(199912)36:6<645::AID-AJIM7>3.0.CO;2-T.

Kposowa, A. J. (2000). Marital status and suicide in the National Longitudinal Mortality Study. *Journal of Epidemiology y Community Health*, 54(4), 254-261. https://doi.org/10.1136/jech.54.4.254.

Kposowa, A. J. (2003). Divorce and suicide risk. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57(12), 993. https://doi.org/10.1136/jech.57.12.993.

Kposowa, A. J., Ezzat, D. A. y Breault, K. D. (2020). Marital status, sex, and suicide: New longitudinal findings and Durkheim's marital status propositions. *Sociological Spectrum*, 40(2), 81-98. https://doi.org/10.1080/02732173.2020.1758261.

Kral, M. J. (2012). Postcolonial suicide among Inuit in Arctic Canada. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 36, 306-325. https://doi.org/10.1007/s11013-012-9260-4.

Kuh, D., Ben-Shlomo, Y., Lynch, J., Hallqvist, J. y Power, C. (2003). Life course epidemiology. *Journal of Epidemiology y Community Health*, 57, 778-783. https://doi.org/10.1136/jech.57.10.778.

Kumar, M. B. y Tjepkema, M. (2019, 28 de junio). *Suicide among First Nations people, Métis and Inuit (2011-2016): Findings from the 2011 Canadian Census Health and Environment Cohort (CanCHEC)*. Statistics Canada. Recuperado el 18/3/2021 de https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/99-011-x/99-011-x2019001-eng.htm.

Lawrence, R. E., Oquendo, M. A. y Stanley, B. (2016). Religion and suicide risk: A systematic review. *Archives of Suicide Research,* 20(1), 1-21. https://doi.org/10.1080/13811118.2015.1004494.

Levin, K. A. y Leyland, A. H. (2005). Urban/rural inequalities in suicide in Scotland, 1981-1999. *Social Science y Medicine*, 60(12), 2877-2890. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.11.025.

Li, Z., Page, A., Martin, G. y Taylor, R. (2011). Attributable risk of psychiatric and socio-economic factors for suicide from individual-level, population-based studies: A systematic review. *Social Science y Medicine*, 72(4), 608-616. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.11.008.

Luoma, J. B., Martin, C. E. y Pearson, J. L. (2002). Contact with mental health and primary care providers before suicide: A review of the evidence. *American Journal of Psychiatry*, 159(6), 909-916. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.6.909.

Malenfant, E. C. (2004). Suicide in Canada's immigrant population. *Health Reports*, 15(2), 9-17.

Marzuk, P. M. y Mann, J. J. (1988). Suicide and substance abuse. *Psychiatric Annals*, 18(11), 639-645. https://doi.org/10.3928/0048-5713-19881101-07.

McManus, P. A. y DiPrete, T. A. (2001). Losers and winners: The financial consequences of separation and divorce for men. *American Sociological Review*, 66(2), 246-268. https://doi.org/10.2307/2657417.

Milner, A., Page, A. y LaMontagne, A. D. (2014). Cause and effect in studies on unemployment, mental health and suicide: A meta-analytic and conceptual review. *Psychological Medicine*, 44(5), 909-917. https://doi.org/10.1017/S0033291713001621.

Milner, A., Spittal, M. J., Pirkis, J. y LaMontagne, A. D. (2013). Suicide by occupation: Systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 203(6), 409-416. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.128405.

Monk, A. (2000). The influence of isolation on stress and suicide in rural areas: An international comparison. *Rural Society*, 10(3), 393-403. https://doi.org/10.5172/rsj.10.3.393.
Morison, L., Trigeorgis, C. y John, M. (2014). Are mental health services inherently feminised? *The Psychologist*, 27(6), 414-416.
Myers, J. R., Kisner, S. M. y Fosbroke, D. E. (1998). Lifetime risk of fatal occupational injuries within industries, by occupation, gender, and race. *Human and Ecological Risk Assessment: An International Journal*, 4(6), 1291-1307. https://doi.org/10.1080/10807039891284677.
Myles, N., Large, M., Myles, H., Adams, R., Liu, D. y Galletly, C. (2017). Australia's economic transition, unemployment, suicide and mental health needs. *Australian y New Zealand Journal of Psychiatry*, 51(2), 119-123. https://doi.org/10.1177/0004867416675035.
O'Connor, R. C. (2003). Suicidal Behaviour as a cry of pain: Test of a psychological model. *Archives of Suicide Research*, 7, 297-308. https://doi.org/10.1080/713848941.
Ogrodniczuk, J., Oliffe, J., Kuhl, D. y Gross, P.A. (2016). Men's mental health: Spaces and places that work for men. *Canadian Family Physician*, 62(6), 463-464.
O'Keefe, V. M. y Wingate, L. R. (2013). The role of hope and optimism in suicide risk for American Indians/Alaska Natives. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 43(6), 621-633. https://doi.org/10.1111/sltb.12044.
Oliffe, J. L., Han, C. S. E., Ogrodniczuk, J. S., Phillips, J. C. y Roy, P. (2011). Suicide from the perspectives of older men who experience depression: A gender analysis. *American Journal of Men's Health*, 444-454. https://doi.org/10.1177/1557988311408410.
Payne, S., Swami, V. y Stanistreet, D.L. (2008). The social construction of gender and its influence on suicide: A review of the literature. *Journal of Men's Health*, 5(1), 23-35. https://doi.org/10.1016/j.jomh.2007.11.002.
Penney, C., Senécal, S. y Bobet, E. (2009). Mortalité par suicide dans les collectivités inuites au Canada: taux et effets des caractéristiques des collectivités/Suicide mortality in Inuit communities in Canada: Rates and effects of community characteristics. *Cahiers Québécois de Démographie*, 38(2), 311-343. https://doi.org/10.7202/044818ar.
Phillips, J. A., Robin, A. V., Nugent, C. N. y Idler, E. L. (2010). Understanding recent changes in suicide rates among the middle-aged: Period or cohort effects? *Public Health Reports,* 125(5), 680-688. https://doi.org/10.1177/003335491012500510.

Player M. J., Proudfoot, J., Fogarty A., Whittle, E., Spurrier, M., Shand, F., Christensen, H., Hadzi-Pavlovic, D. y Wilhelm, K. (2015). What interrupts suicide attempts in men: A qualitative study. *PLoS ONE*, 10(6), e0128180. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0128180.

Pollock, N. J., Naicker, K., Loro, A., Mulay, S. y Coleman, I. (2018). Global incidence of suicide among Indigenous peoples: A systematic review. *BMC Medicine*, 16, 145. https://doi.org/10.1186/s12916-018-1115-6.

Putnam, R. D. (2001). *Bowling alone*. Routledge, New York.

Qin, P., Agerbo, E., Westergård-Nielsen, N., Eriksson, T. y Mortensen, P. B. (2000). Gender differences in risk factors for suicide in Denmark. *British Journal of Psychiatry*, 177(6), 546-550. https://doi.org/10.1192/bjp.177.6.546.

Qin, P. y Nordentoft, M. (2005). Suicide risk in relation to psychiatric hospitalization: Evidence based on longitudinal registers. *Archives of General Psychiatry*, 62(4), 427-432. https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.4.427.

Reeves, A., Stuckler, D., McKee, M., Gunnell, D., Chang, S. S. y Basu, S. (2012). Increase in state suicide rates in the USA during economic recession. *The Lancet*, 380(9856), 1813-1814. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61910-2.

Rivera, B., Casal, B. y Currais, L. (2017). Crisis, suicide and labour productivity losses in Spain. *European Journal of Health Economics*, 18, 83-96. https://doi.org/10.1007/s10198-015-0760-3.

Rodgers, P. (2011). Understanding risk and protective factors for suicide: A primer for preventing suicide. Suicide Prevention Resource Center. Recuperado el 22/5/2020 de https://rhyclearinghouse.acf.hhs.gov/sites/default/files/docs/21124 Understanding_Risk_and_Protective.pdf.

Rose, S., VanDenKerkhof, E. y Schaub, M. (2018). Determinants of successful transition literature review. *Journal of Military, Veteran and Family Health*, 4(1), 90-99. https://doi.org/10.3138/jmvfh.4313.

Rosenfield, M. J. (2018). Who wants the breakup? Gender and breakup in heterosexual couples. In Alwin, D., Felmlee, D., y Kreager, D. (Eds.), *Social networks and the life course: Integrating the development of human lives and social relational networks* (pp. 221-243). Springer.

Rossow, I. (1993). Suicide, alcohol, and divorce; Aspects of gender and family integration. *Addiction*, 88(12), 1659-1665. https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1993.tb02041.x.

Rotermann, M. (2007). Marital breakdown and subsequent depression. *Health Reports*, 18(2), 33-44.
Royal Commission on Aboriginal Peoples. (1996, octubre). *Report on the Royal Commission on* Aboriginal Peoples. Public Works and Government Services Canada. Recuperado el 22/5/2020 de https://www.bac-lac.gc.ca/eng/discover/aboriginal-heritage/royal-commission-aboriginal-peoples/Pages/final-report.aspx.
Sax, L. (2016). *Boys Adrift.* Basic Books. New York.
Shiner, M., Scourfield, J., Fincham, B. y Langer, S. (2009). When things fall apart: Gender and suicide across the life-course. *Social Science y Medicine*, 69(5), 738-746. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.06.014.
Simkus, K., VanTil, L. y Pedlar, D. (2017, 13 de noviembre). *2017 Veteran Suicide Mortality Study (1976 to 2012).* Veterans Affairs Canada, Research Directorate. Recuperado el 22/5/2020 de https://www.veterans.gc.ca/eng/about-vac/research/research-directorate/publications/reports/vsms-2017.
Stack, S. (2000). Suicide: A 15-year review of the sociological literature part I: Cultural and economic factors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 30(2), 145-162. https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.2000.tb01073.x.
Struszczyk, S., Galdas, P. M. y Tiffin, P. A. (2019). Men and suicide prevention: A scoping review. *Journal of Mental Health*, 28(1), 80-88. https://doi.org/10.1080/09638237.2017.1370638.
Stuckler, D., Basu, S., Suhrcke, M., Coutts, A. y McKee, M. (2011). Effects of the 2008 recession on health: A first look at European data. *The Lancet*, 378(9786), 124-125. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61079-9.
Suicide Prevention Resource Center (SPRC). (2016). *Preventing suicide among men in the middle years: Recommendations for suicide prevention programs*. Suicide Prevention Resource Center. Recuperado el 22/5/2020 de http://www.sprc.org/sites/default/files/resource-program/SPRC_MiMYReportFinal_0.pdf.
Sullivan, E. M., Annest, J. L. y Luo, F. (2013). Suicide among adults aged 35-64 years–United States, 1999-2010. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 62(17), 321-325. https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6430a6.
Suominen, K., Isometsä, E., Haukka, J. y Lönnqvist, J. (2004). Substance use and male gender as risk factors for deaths and suicide. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 720-724. https://doi.org/10.1007/s00127-004-0796-7.

Thompson, J. M., MacLean, M. B., Van Til, L., Sudom, K., Sweet, J., Poirier, A., McKinnon, K., Dursun, S., Sudom, K., Zamorski, M., Sareen, J., Ross, D., Hoskins, C. y Pedlar, D. (2015, 15 de mayo). *Canadian armed forces veterans: Mental health findings from the 2013 Life After Service Survey*. Veterans Affairs Canada, Research Directorate. Recuperado el 22/5/2020 de http://publications.gc.ca/collections/collection_2016/acc-vac/V32-260-2016-eng.pdf.

Tiesman, H. M., Konda, S., Hartley, D., Menendez, C. C., Ridenour, M. y Hendricks, S. (2014). Suicides in U.S. workplaces, 2003-2010: A comparison with non-workplace suicides. *American Journal of Preventive Medicine*, 48(6), 674–682. https://doi.org/10.1016/j.amepre.2014.12.011.

Tsai, A. C., Lucas, M., Sania, A., Kim, D. y Kawachi, I. (2014). Social integration and suicide mortality among men: 24-year cohort study of U.S. health professionals. *Annals of Internal Medicine*, 161(2), 85-95. https://doi.org/10.7326/M13-1291.

US Bureau of Labor Statistics. (2020, 16 de diciembre). Table 1. Fatal occupational injuries by selected demographic characteristics, 2015-19. Recuperado el 12/3/2021 de https://www.bls.gov/news.release/cfoi.t01.htm.

US Census Bureau (2016, 17 de noviembre). *The majority of children live with two parents, Census Bureau reports*. U.S. Census Bureau. Recuperado el 21/5/2021 de https://www.census.gov/newsroom/press-releases/2016/cb16-192.html.

US Department of Veterans Affairs. (2019). *2019 national veteran suicide prevention annual report*. US Department of Veterans Affairs. Recuperado el 26/3/2020 de https://www.mentalhealth.va.gov/docs/data-sheets/2019/2019_National_Veteran_Suicide_Prevention_Annual_Report_508.pdf.

VanTil, L. D., Simkus, K., Rolland-Harris, E. y Pedlar, D. J. (2018). Veteran suicide mortality in Canada from 1976 to 2012. *Journal of Military, Veteran and Family Health*, 4(2), 110-116. https://doi.org/10.3138/jmvfh.2017-0045.

Värnik, A. y Wasserman, D. (1992). Suicides in the former Soviet republics. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 86(1), 76-78. https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1992.tb03230.x.

Wallerstein, J.S. y Blakeslee, S. (2004). *Second chances: Men, women, and children a decade after divorce*. Houghton Mifflin Harcourt.

Warren, F. (1993). *The myth of male power: Why men are the disposable sex.* Simon y Schuster.

Whitley, R., Wang, J., Fleury, M. J., Liu, A. y Caron, J. (2017). Mental health status, health care utilisation, and service satisfaction among immigrants in Montreal: an epidemiological comparison. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *62*(8), 570-579. https://doi.org/10.1177/0706743716677724

Whitley, R. (2018). Men's mental health: Beyond victim-blaming. *Canadian Journal of Psychiatry*, 63(9), 577-580. https://doi.org/10.1177/0706743718758041.

World Health Organization (WHO). (2018). *Mental health atlas 2017*. World Health Organization.

Wyllie, C., Platt, S., Brownlie, J., Chandler, A., Connolly, S., Evans, R., Kennelly, B., Kirtley, O., Moore, G., O'Connor, R. y Scourfield, J. (2012). *Men, suicide and society: Why disadvantaged men in mid-life die by suicide*. Samaritans. Recuperado el 22/5/2020 de https://media.samaritans.org/documents/Samaritans_MenSuicideSociety_ResearchReport2012.pdf.

Capítulo 4
Trastorno por déficit de atención e hiperactividad en varones jóvenes: ¿la medicalización de la infancia?

Resumen

La evidencia sugiere que los niños tienen una prevalencia mucho más alta del *trastorno por déficit de atención e hiperactividad* (TDAH) que las niñas en una tasa de alrededor de 3 a 1, con tasas en un sostenido aumento en las últimas décadas, especialmente en los EE. UU. Se han identificado varios factores de riesgo para el TDAH en los niños, entre ellos 1) la mediana de edad de la infancia; 2) el maltrato y el abuso en la infancia; 3) los bajos ingresos familiares; 4) la baja educación de los padres; y 5) la convivencia con un solo progenitor (normalmente una madre soltera). Además, es más probable que a los niños con TDAH se les prescriba medicación respecto a las niñas y es más probable, a su vez, que los niños experimenten resultados educativos adversos, como la suspensión y la expulsión escolar. Esta preponderancia masculina ha llevado a algunos autores a argumentar que el TDAH está sobrediagnosticado en los niños y otros autores incluso sugieren que el TDAH no es un constructo válido y que en su lugar es simplemente la reetiquetación de un comportamiento bullicioso y animoso, especialmente en los niños varones. Esta crítica se centra en el concepto sociológico de medicalización, con argumentos que sugieren que la medicación para el TDAH

se utiliza de forma inapropiada como forma de control social. Los argumentos a favor de esta medicalización de la infancia se presentan con referencia a cinco grupos de intereses creados 1) una industria psiquiátrica expansionista; 2) las *Big Pharma o* grandes farmaceúticas, impulsadas por los beneficios económicos; 3) madres abrumadas; 4) profesores frustrados; y 5) algunos jóvenes afectados.

Palabras clave: trastorno por déficit de atención e hiperactividad, niños, varones adolescentes, medicalización, control social.

El *trastorno por déficit de atención e hiperactividad* (TDAH) es un trastorno mental bien investigado, muy discutido y algo controvertido. La quinta edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (2013) de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-5) contiene un capítulo entero dedicado al TDAH y lo incluye en la sección de *trastornos del neurodesarrollo*, implicando que el TDAH tiene una base neurológica que interfiere en el desarrollo del cerebro. A diferencia de otros trastornos como la depresión mayor, la conceptualización y el diagnóstico del TDAH son complejos. El DSM-5 enumera tres subtipos de TDAH (etiquetados, de forma un tanto confusa, como *presentaciones*), 18 síntomas y otras cuatro condiciones que deben cumplirse para que se realice un diagnóstico de este trastorno. Por un lado, esta complejidad podría considerarse la propia de un marco conservador, que establece varios síntomas y condiciones necesarios para que se realice un diagnóstico de

este tipo. Por otro lado, y al mismo tiempo, esta complejidad podría indicar cierta oscuridad en la definición y falta de especificidad, haciendo del TDAH un diagnóstico maleable y expansivo que proporciona una red conceptual demasiado amplia. Ambos argumentos se considerarán más adelante en este capítulo, que comenzará describiendo en detalle la conceptualización del TDAH en el DSM-5, seguido de una presentación de las características epidemiológicas y los factores de riesgo, con un enfoque en las diferencias de sexo. A esto le sigue una discusión sobre la medicación y las cuestiones de tratamiento en el TDAH. La parte final del capítulo considerará algunas de las críticas al concepto de TDAH y sus tratamientos asociados, presentando y discutiendo argumentos relacionados con la medicalización, el control social, el sobrediagnóstico y el supuesto papel insidioso de las *Big Pharma* o grandes farmacéuticas en relación con el TDAH.

4.1 ¿Qué es el TDAH?

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad es un término general que hace referencia a un patrón persistente y consistente de falta de atención o hiperactividad-impulsividad que interfiere negativamente en el funcionamiento diario y el desarrollo psicosocial de la persona. El TDAH se considera normalmente un trastorno de la infancia y la adolescencia, que es donde se centra la mayor parte de la investigación y la acción médica. Este capítulo se centrará en el TDAH en jóvenes menores de 18 años.

No obstante, es preciso señalar que el TDAH puede diagnosticarse también en adultos, siendo esta una área de creciente interés en la psiquiatría.

Es importante destacar que el DSM-5 desagrega el TDAH en dos subtipos (etiquetados como *presentaciones*), indicando que el trastorno puede manifestarse de dos maneras distintas 1) predominantemente inatento; y 2) predominantemente hiperactivo-impulsivo. Esta interpretación bidimensional del TDAH se expresa respectivamente en la lista oficial de síntomas del DSM-5, dividida en 1) inatención; y 2) hiperactividad-impulsividad. La lista de síntomas de inatención se muestra en la Tabla 4.1, mientras que la lista de síntomas de hiperactividad-impulsividad puede verse en la Tabla 4.2. Como se indica más adelante, en el DSM-5 se describe un tercer subtipo de TDAH, conocido como *presentación combinada*, que se refiere a una mezcla de síntomas de inatención y de hiperactividad.

Tabla 4.1 Síntomas del subtipo inatento del TDAH en el DSM-5 (APA, 2013)

a) Comete errores por descuido y no presta atención a los detalles en los trabajos escolares u otras tareas
b) Tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades lúdicas
c) A menudo no parece escuchar cuando se le habla directamente

d) Pierde la concentración y se desvía de tareas como el trabajo escolar y otras actividades

____

____

e) Tiene problemas para organizar las tareas y actividades, p. ej. una mala gestión del tiempo

____

____

f) Evita las tareas que requieren un esfuerzo mental, como las tareas escolares o los deberes

____

____

g) Pierde con frecuencia materiales relacionados con la tarea, p. ej., lápices, libros, llaves, gafas

____

____

h) Se distrae fácilmente con estímulos externos

____

____

i) Olvido de las actividades cotidianas, p. ej., el pago de facturas, el cumplimiento de citas

____

____

Tabla 4.2. Síntomas del subtipo de hiperactividad-impulsividad del TDAH en el DSM-5 (APA, 2013)

a) Se mueve con frecuencia, p. ej., da golpecitos con las manos o los pies o se retuerce en el asiento

____

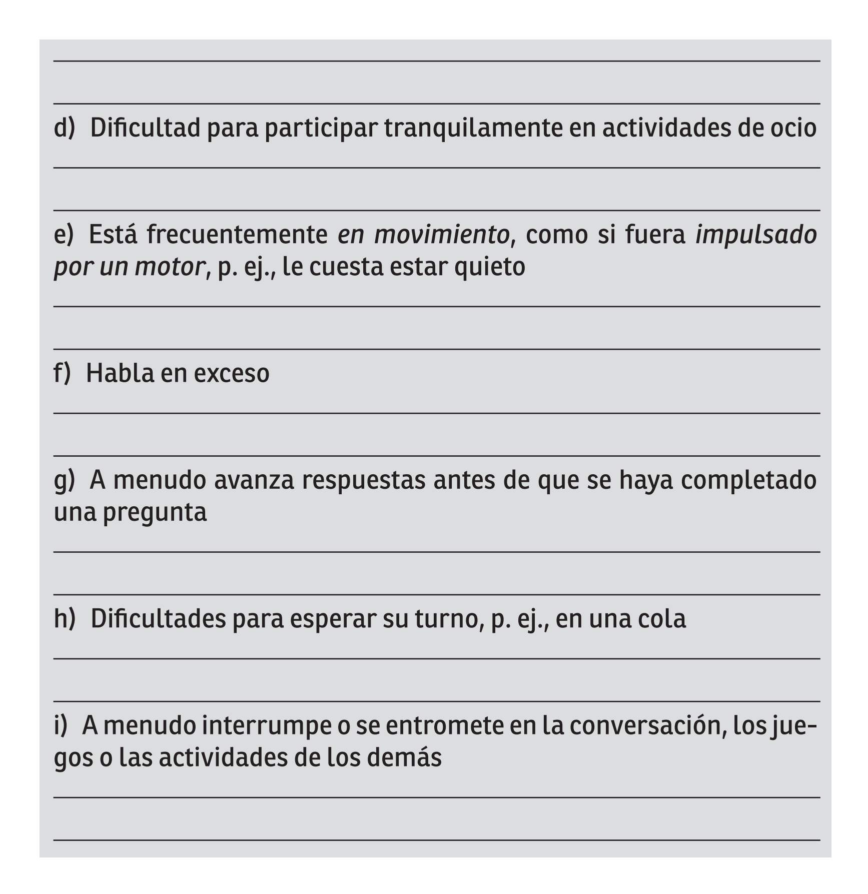
____

b) Abandona a menudo su asiento cuando se espera que permanezca sentado, p. ej., en el aula

____

____

c) Inquietud, p. ej., correr o trepar en situaciones inapropiadas


d) Dificultad para participar tranquilamente en actividades de ocio

e) Está frecuentemente *en movimiento*, como si fuera *impulsado por un motor*, p. ej., le cuesta estar quieto

f) Habla en exceso

g) A menudo avanza respuestas antes de que se haya completado una pregunta

h) Dificultades para esperar su turno, p. ej., en una cola

i) A menudo interrumpe o se entromete en la conversación, los juegos o las actividades de los demás

El proceso de diagnóstico, como se ha manifestado, es complejo. Un clínico debe evaluar los síntomas de estas dos listas, así como examinar la presencia o ausencia de otras cuatro afecciones. Además, el umbral de síntomas es ligeramente superior para los niños de hasta 16 años, en comparación con los de 17 años o más. Para que se haga un diagnóstico de TDAH en niños de hasta 16 años, deben estar presentes seis o más síntomas de una de las dos tablas anteriores durante al menos los últimos 6 meses.

Si están presentes 6 o más síntomas de la tabla 4.1, pero menos de seis de la tabla 4.2, se puede diagnosticar un subtipo inatento. Por el contrario, si se presentan 6 o más síntomas de la Tabla 4.2, pero menos de 6 de la Tabla 4.1, se puede diagnosticar un subtipo de hiperactividad-impulsividad. El subtipo de *presentación combinada* puede darse cuando un individuo tiene 6 o más síntomas de ambas listas (es decir, 12 o más síntomas). Para los adultos de 17 años o más, se aplica el mismo proceso, aunque solo se requieren 5 o más síntomas para el diagnóstico del subtipo y 10 para el diagnóstico de presentación combinada. El hecho de que para los niños exista un umbral de síntomas más elevado responde a un enfoque conservador que intenta reducir los falsos positivos que pueden confundir el comportamiento bullicioso y animado de la infancia con la psicopatología, al tiempo que reduce la necesidad de medicación psicotrópica que puede afectar al cerebro en desarrollo. Ambos fenómenos se tratan con mayor detalle más adelante en este capítulo. Los tres subtipos deben cumplir cuatro criterios adicionales, que son:

1. Varios síntomas deben estar presentes antes de los 12 años;
2. Varios síntomas deben estar presentes en dos o más ámbitos (p. ej., el hogar y la escuela);
3. Los síntomas deben tener un impacto negativo en el funcionamiento social, académico o laboral;
4. Los síntomas no se explican de mejor modo por otro trastorno mental.

Si se ha alcanzado el umbral sintomático y se han cumplido los cuatro criterios adicionales, entonces se puede hacer un

diagnóstico formal de TDAH (con el subtipo apropiado). Cabe destacar que los criterios de los síntomas principales del TDAH en el DSM-5 son muy similares a los criterios de los síntomas en el anterior DSM-IV. Esta cuestión es importante, dado que el DSM-5 se publicó en 2013 y el DSM-IV estuvo vigente entre 1994 y 2013, lo cual da validez a cualquier análisis epidemiológico que intente examinar el cambio en el tiempo. No obstante, en la descripción del TDAH en el DSM-5 se introdujeron tres cambios importantes 1) se elevó la edad de inicio de los criterios de 7 a 12 años; 2) se redujo el número de síntomas necesarios para diagnosticar a personas de 17 años o más; y 3) se dio una gama más amplia de ejemplos clínicos para ayudar a diagnosticar a adolescentes o a adultos mayores. Los tres cambios ampliaron la red diagnóstica, lo que significa que un mayor número de personas fueron elegibles para un diagnóstico de TDAH. Esta ampliación de la red de diagnóstico se analiza con mayor detalle más adelante en el capítulo.

4.2 Epidemiología del TDAH

Existe una extensa literatura de investigación internacional sobre el TDAH que abarca desde los años 90 hasta la actualidad. Esta literatura de investigación converge en tres hallazgos clave 1) los niños presentan una prevalencia mucho más alta de TDAH que las niñas, en una tasa de alrededor de 3 a 1; 2) las tasas de TDAH están aumentando; 3) las tasas de TDAH son más altas en los EE. UU. en comparación con Europa y otros lugares. A continuación

se analizan en detalle algunos de los principales estudios en los que se basan estas conclusiones.

Han existido numerosos intentos de estimar la prevalencia global del TDAH. Una revisión sistemática integró los datos de 102 estudios de todo el mundo y encontró una prevalencia global del 5,3% en jóvenes de hasta los 18 años (Polanczyk *et al.,* 2007). Muchos de los estudios de la revisión no estratificaban por género, pero un subanálisis de los que incluían el género encontró una prevalencia mundial conjunta del 10% en los chicos de hasta los 18 años y algo menos del 5% en las chicas de la misma edad.

Un intento similar de medir la prevalencia global incluyó un metaanálisis de 96 estudios de todo el mundo (Willcutt, 2012), el cual reveló una prevalencia global conjunta del 6% en los jóvenes. Este metaanálisis no informó de los niveles de prevalencia diferenciales por género en términos de porcentaje, pero sí informó de la proporción por sexos para el TDAH en general, así como para los tres subtipos diferentes de TDAH. Reveló una proporción varón/mujer de 3,2 a 1 para el TDAH en general en personas de hasta los 18 años. Los varones presentaban tasas más altas que las mujeres en los tres subtipos. La proporción fue mayor para el subtipo de hiperactividad-impulsividad, con una proporción varón/mujer de 3,5 a 1 y menor para el subtipo de inatención, con 1,8 a 1. La relación en el subtipo combinado fue de 2,7 a 1.

Se observaron resultados similares en otro metaanálisis que tenía la intención expresa de examinar las diferencias de género en el TDAH (Gershon, 2002). Este estudio sintetizó los datos de 38 artículos de todo el mundo (en su mayoría publicados en las décadas de 1980 y 1990) y descubrió que los varones con

TDAH tenían niveles significativamente más altos de hiperactividad, impulsividad e inatención en comparación con las mujeres con TDAH. Además, este metaanálisis reveló que los varones con TDAH tienen significativamente más deficiencias y más síntomas primarios que las mujeres con TDAH.

En resumen, estas tres revisiones exhaustivas indican que los varones tienen tasas significativamente más altas de TDAH que las mujeres, tanto globalmente como para los tres subtipos de TDAH, en particular el subtipo hiperactivo-impulsivo. Estas revisiones también sugieren que los varones tienden a presentar el trastorno con mayor intensidad que las mujeres. Esto concuerda con investigaciones anteriores que indican que el TDAH afecta a los varones más severamente que a las mujeres (Gaub y Carlson, 1997; Cantwell, 1996).

Cabe decir que los análisis internacionales mencionados reúnen una serie de estudios de calidad variable, algunos de los cuales carecen de rigor metodológico y epidemiológico. Algunos de los estudios incluidos contienen tamaños muestrales reducidos, mientras que otros utilizan métodos dudosos de determinación de casos y análisis epidemiológico. Además, muchos de los estudios incluidos no estratifican por género. Por todo ello, los estudios nacionales más centrados pueden ofrecer a veces estadísticas más válidas y fiables sobre la prevalencia, las diferencias de género y las tendencias temporales. Afortunadamente, existen numerosos estudios nacionales de diversos países occidentales que arrojan luz sobre la epidemiología del TDAH. Muchos estudios rigurosos proceden de Europa, aunque diversos investigadores de los EE. UU. han producido sistemáticamente encuestas de alta calidad

sobre el TDAH en los últimos 20 años. Estos estudios se analizan con detalle a continuación.

4.3 Estudios estadounidenses sobre el TDAH

Diversos organismos del Gobierno de EE. UU., como los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), llevan a cabo periódicamente encuestas de salud entre la población estadounidense. En ellas suelen participar miles de hogares seleccionados al azar, a los que se les hace una serie de preguntas sobre el estado de salud de los miembros del hogar, así como otras características demográficas. Estas encuestas permiten la estratificación por factores como el sexo, la raza y los ingresos y el número de muestras suele ser suficientemente significativo para la extrapolación e inferencia a la población estadounidense en general. Estas encuestas incluyen la National Survey of Children's Health (NSCH) y la National Health Interview Survey (NHIS); ambas incluyen una pregunta para los padres, en la que se les pregunta si sus hijos (menores de 18 años) han sido diagnosticados alguna vez con TDAH por un médico u otro profesional de la salud. Asimismo, también incluyen preguntas complementarias que permiten un análisis en profundidad de una determinada condición de salud.

En 2001, la NHIS incluyó el Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) (Cuestionario de Fortalezas y Dificultades), de 25 ítems, que es un instrumento fiable y validado que mide los comportamientos de niños y adolescentes, incluidos los

síntomas del TDAH (Goodman, 2001). Se administró a más de 10.000 niños de 4 a 17 años seleccionados al azar, lo que proporciona una base firme para una estimación comunitaria fiable de la prevalencia del TDAH. Los investigadores examinaron estos datos del SDQ y encontraron una prevalencia de seis meses del 4,2% en los niños, en comparación con el 1,8% en las niñas (Cuffe *et al.,* 2005). Curiosamente, los autores también observaron que el 6,8% de los niños y el 2,5% de las niñas tenían un informe de los padres sobre el diagnóstico de TDAH a lo largo de su vida, a pesar de que la puntuación del SDQ indicaba que no existía TDAH. Es de esperar cierto nivel de desajuste cuando se comparan los resultados basados en un instrumento de cribado epidemiológico con los resultados basados en un encuentro clínico. Esta discrepancia plantea otras dos posibilidades 1) una alta tasa de recuperación entre aquellos con un diagnóstico de por vida; o 2) una alta tasa de falsos positivos clínicos debido al sobrediagnóstico por parte de los clínicos. El tema de los falsos positivos se discute a lo largo de este capítulo.

Un estudio posterior realizado en EE. UU. utilizó métodos sistemáticos para determinar la prevalencia actual y a lo largo de la vida, del TDAH, en más de 9.000 hogares seleccionados al azar (Ramtekkar *et al.,* 2010). Estos métodos incluían entrevistas telefónicas con los padres en las que se les preguntaba por los síntomas del TDAH a lo largo de la vida, así como la cumplimentación del instrumento Strengths and Weaknesses of ADHD-Symptoms and Normal Behaviour (SWAN), un cuestionario validado de 18 preguntas en el que se obtiene información sobre los comportamientos de los niños que evalúa los síntomas

actuales. Este estudio encontró una prevalencia actual de TDAH del 12,6% en los varones y del 5,5% en las mujeres de 7 a 29 años; una proporción de 2,28 a 1. Además, los resultados indican que los varones son más propensos a ser diagnosticados con todos los subtipos de TDAH, con la proporción más alta de 2,89 a 1 en el subtipo combinado. Curiosamente, este estudio también encontró que los niños tenían un número significativamente mayor de síntomas en todas las edades estudiadas en comparación con las niñas, con una carga de síntomas particularmente concentrada en el grupo de edad de 7 a 12 años. De hecho, este grupo etario tenía la mayor prevalencia de TDAH en general, con un 15,7% en los niños y un 7,5% en las niñas. Cabe destacar que las tasas de prevalencia global reportadas en este estudio son más del doble que las del estudio anterior de Cuffe *et al.* (2005).

Una prevalencia similar se encontró en un estudio estadounidense a menor escala, con cerca de 2.000 jóvenes de 17 años o menos en Puerto Rico (Bauermeister *et al.,* 2007). Este estudio obtuvo los informes de los padres sobre los síntomas del TDAH a través del programa validado de entrevista diagnóstica computarizada para niños (Bravo *et al.,* 2001), que ayuda a determinar la presencia o ausencia de TDAH. Este estudio encontró que el 10,3% de los niños y el 4,7% de las niñas presentaban TDAH; una proporción de 2,3 a 1. En consonancia con el estudio de Ramtekkar *et al.,* (2010), este estudio encontró que los niños tenían tasas más altas de los tres subtipos de TDAH.

Los estudios descritos anteriormente se llevaron a cabo hace más de una década y se especula mucho con que las tasas hayan aumentado desde entonces. Afortunadamente, en los últimos

años se han realizado varios estudios que pueden contribuir al análisis de las tendencias temporales. Sin embargo, estos estudios han tendido a centrarse en las tasas de diagnóstico formal por parte de los profesionales de la salud, más que en las tasas obtenidas mediante cribado epidemiológico. Aun así, estos estudios indican un aumento significativo del TDAH.

Tal y como se ha indicado anteriormente, los CDC han recogido datos periódicos sobre la prevalencia del TDAH desde 1997 cotejando la información de la NHIS (una encuesta periódica de unos 35.000 hogares seleccionados al azar), con la última ronda de datos analizados recogida en 2015-2017 (Centers for Disease Control and Prevention, 2019). Los resultados revelan un aumento lineal del diagnóstico de TDAH desde 1997. Por ejemplo, los datos del periodo 2015-2017 indicaron que el 14,8% de los niños y el 6,7% de las niñas habían sido diagnosticados alguna vez con TDAH, mientras que las cifras del periodo 1997-1999 se situaban en el 9,6% para los niños y el 3,2% para las niñas. Esto representa un aumento del 50% en el diagnóstico para los niños, y una duplicación para las niñas en las últimas dos décadas, con las últimas cifras que sugieren que alrededor de 1 de cada 6 niños en los EE. UU. había sido diagnosticado con TDAH en algún momento de su vida.

La National Survey of Children's Health (NSCH) es otra encuesta periódica que recoge información de más de 40.000 hogares estadounidenses seleccionados al azar. Los datos de la NSCH de 2016 indicaron que el 12,9% de los niños y el 5,6% de las niñas habían recibido un diagnóstico de TDAH. Estas cifras son ligeramente inferiores a los datos de la NHIS del periodo

2015-2017, pero siguen siendo más elevadas que las mencionadas encuestas comunitarias anteriores (Ramtekkar *et al.,* 2010; Bauermeister *et al.,* 2007; Cuffe *et al.,* 2005). Además, un análisis longitudinal de anteriores de datos de la NSCH indicó un aumento significativo del diagnóstico entre 2003 y 2011, con un historial de TDAH declarado por los padres que aumentó en un 42% entre 2003 y 2011 (Visser *et al.,* 2014).

En resumen, varios estudios de origen estadounidense, de diferentes puntos de tiempo que utilizan diversas metodologías convergen para indicar un aumento significativo en el diagnóstico de TDAH en las últimas dos décadas, con tasas de prevalencia particularmente altas entre los niños en edad escolar. Esta preponderancia masculina también se observa en los estudios europeos, aunque estos indican una prevalencia general más baja que la de EE. UU. (Thomas *et al.,*2015). Por ejemplo, una encuesta basada en la población de más de 17.000 hogares seleccionados al azar en Alemania, encontró que el 7,9% de los niños y el 1,8% de las niñas (ambos grupos menores de 17 años) habían recibido un diagnóstico de TDAH de un profesional de la salud (Knopf *et al.,* 2012). Otra encuesta basada en la población de más de 7.000 hogares en Francia encontró que el 4,7% de los niños y el 2,2% de las niñas (ambos de 6 a 12 años) dieron positivo en el TDAH tras una entrevista clínica telefónica (Lecendreux *et al.,* 2011), con cifras similares observadas en otra encuesta comunitaria francesa (Caci *et al.,* 2014). En otras palabras, el TDAH se está diagnosticando con una frecuencia cada vez mayor en todo el mundo occidental, pero especialmente en los Estados Unidos, siendo los niños en edad escolar los más afectados.

4.4 Factores de riesgo

Existe una abundante literatura sobre los factores de riesgo de presentar TDAH en niños y adolescentes varones. Esta literatura identifica consistentemente varios factores que aumentan el riesgo, incluyendo 1) la edad de la infancia media; 2) el maltrato y el abuso en la infancia; 3) los bajos ingresos familiares; 4) la baja educación de los padres; y 5) vivir con un solo progenitor (típicamente, materno). Estos factores se analizan a continuación.

4.4.1 Edad de la infancia media

La evidencia sugiere que los niños en los años de la infancia media (aproximadamente de 7 a 13 años) presentan tasas más altas de TDAH que los niños y adolescentes de otras edades. Por ejemplo, Ramtekkar *et al.* (2010) encontraron una tasa de prevalencia del 15,7% en los niños de 7 a 12 años, superior al 13,8% observado en los niños de 13 a 17 años, y al 8,6% observado en los varones de 18 a 29 años; también observaron que el número cuantitativo de síntomas tendía a disminuir con la edad. De modo análogo, Cuffe *et al.* (2005) observaron una prevalencia del 6,3% en los chicos de 9 a 13 años, superior a la cifra del 3,1% observada en los chicos de 4 a 8 años y a la del 2,9% observada en los chicos de 14 a 17 años. Curiosamente, un estudio australiano observó una prevalencia del 18,7% de TDAH en niños de 6 a 13 años, más del doble de la prevalencia del 8,4% en niñas de la misma edad (Graetz *et al.,* 2005).

4.4.2 Maltrato y abandono infantil

El abuso, la negligencia y el maltrato en la infancia, comunes a muchos trastornos mentales, han sido identificados como factores de riesgo para presentar TDAH por una variedad de estudios (Acosta *et al.,* 2008). Por ejemplo, un estudio de casos y controles de más de 100 pares emparejados descubrió que los varones con TDAH mostraron puntuaciones significativamente más altas de negligencia y abuso en la infancia en comparación con los controles masculinos (Rucklidge *et al.,* 2006). En este estudio, el 50% de los casos masculinos reportaron abuso emocional de moderado a severo, en comparación con el 12,5% en los controles masculinos. Del mismo modo, el 12,5% de los casos masculinos informaron de abusos sexuales de moderados a graves, en comparación con el 2,5% de los controles masculinos.

Estos hallazgos son consistentes con un análisis de los datos de más de 14.000 jóvenes seleccionados al azar que participaron en el U.S. National Longitudinal Study of Adolescent Mental Health (Ouyang *et al.,* 2008). En el Ciclo III, los participantes completaron un instrumento de detección de 18 ítems para informar retrospectivamente sobre la presencia y la frecuencia de los síntomas de TDAH cuando tenían entre 5 y 12 años. Los participantes también completaron un cuestionario sobre la frecuencia del maltrato durante esos años. El análisis posterior reveló que el TDAH estaba significativamente asociado con la negligencia de supervisión (OR: 1,52; 95% IC: 1,28-1,81), la negligencia física (OR: 1,97; 95% IC: 1,56-2,50), el abuso físico (OR: 1,39; 95% IC: 1,16-1,66) y el abuso sexual (OR:2,31; 95% IC: 1,64-3,24).

Se han observado *odds* ratios similares en estudios más recientes (Stern *et al.,* 2018).

4.4.3 Ingresos familiares bajos

Durante algún tiempo se consideró que el TDAH afectaba a todas las clases sociales por igual y a veces incluso se consideraba un problema de las clases medias. Sin embargo, la literatura de investigación indica tasas más altas de TDAH en niños de familias de bajos ingresos. Por ejemplo, un metaanálisis reciente observó *odds* ratios según los que los niños de familias de bajos ingresos tenían entre 1,85 y 2,21 más probabilidades de presentar TDAH que los niños de familias de altos ingresos (Russell *et al.,* 2016). Estos hallazgos son consistentes con otros estudios recientes a gran escala de Suecia (Larsson *et al.,* 2014), el Reino Unido (Russell *et al.,* 2014) y los Estados Unidos (Rowland *et al.,* 2018). En este último estudio, se halló una *odds* ratio de 4,0 (95% IC: 2,6-6,0) al comparar el TDAH entre familias de bajos ingresos (<20.000 dólares) y familias de altos ingresos (>50.000 dólares). En síntesis, la literatura indica que los niños de familias de bajos ingresos muestran más del doble de riesgo en desarrollar TDAH en comparación con las familias de altos ingresos.

4.4.4 Baja educación de los padres

La educación de los padres se ha identificado como un factor de riesgo significativo para presentar TDAH en varios estudios. Por ejemplo, Rowland *et al.* (2018) encontraron que los hijos de pa-

dres que no se habían graduado de la escuela secundaria tenían una razón de probabilidades de 6,0 (95% IC: 3,3-10,7) para el TDAH en comparación con los hijos de padres con al menos alguna educación universitaria. Estos resultados coinciden con los de un estudio del Reino Unido (Russell *et al.,* 2014) en el que se observó que los hijos de madres con un título universitario o superior tenían unas tres veces menos probabilidades de presentar TDAH que los hijos de madres sin estudios (OR: ,32; 95% IC: 0,18-0,55). Se observaron resultados similares en un estudio sueco, en el que se encontró que los niveles de educación materna se correlacionaban negativamente con el TDAH de los hijos, con una *odds* ratio ajustada de 2,20 (95% IC: 2,04-2,38) cuando se comparaban las madres con menor nivel de estudios con las madres de mayor nivel de estudios de la muestra (Hjern *et al.,* 2010).

4.4.5 Familias monoparentales maternas

Curiosamente, algunos estudios han examinado la educación materna junto con el estado civil de los padres, indicando que los niños criados por un solo progenitor tienen un mayor riesgo de presentar TDAH, especialmente cuando dicho progenitor carece de educación. Cabe destacar que Singh (2004) precisa adecuadamente que la categoría *monoparental* suele ser un eufemismo para *materna* en la investigación sobre el TDAH, pero esto a menudo no se especifica en la investigación epidemiológica, que suele utilizar la categoría ambigua *monoparental* cuando se miden los efectos parentales en los niños. Sin embargo, las estadísticas indican que más del 80% de los hogares monoparentales son maternos

(Department of Justice Canada, 2000), lo que significa que la variable *monoparental* suele ser un eufemismo para *materno*: un punto importante que se analiza con mayor detalle en la sección 4.8.3 y en el capítulo 9, pero que se revisa sucintamente a continuación.

Por ejemplo, un estudio de casos y controles de 300 niños con TDAH y 5.000 controles descubrió que el bajo nivel educativo de la madre aumentaba significativamente el riesgo de padecer TDAH tanto en las niñas como en los niños, pero con mayor intensidad en los varones (St Sauver *et al.,* 2004). Este estudio reveló que un niño, respecto a una niña, criados por un progenitor materno con 12 años de educación o menos tenía más de tres veces más probabilidades de presentar TDAH. Es importante destacar que este estudio observó que un niño criado por una familia *monoparental* tiene cuatro veces más probabilidades de ser diagnosticado de TDAH en comparación con una niña criada por una familia del mismo tipo.

Estos resultados son coherentes con otras investigaciones. Por ejemplo, el ya mencionado estudio de Hjern *et al.* (2010) evidenció que los hijos de familias *monoparentales* tenían un *odds* ratio de 1,54 (95% IC: 1,47-1,62) para el TDAH en comparación con los hijos de familias intactas, y que los hogares *monoparentales* representaban el 14% de los casos. Se han observado resultados similares en el Reino Unido, con un estudio de cohortes que indica que los niños de familias *monoparentales* tienen más del doble de probabilidades (OR: 2,07; 95% IC: 1,42-3,03) de padecer TDAH en comparación con los niños de familias intactas (Russell *et al.,* 2014). Este estudio también encontró que el tabaquismo materno durante el embarazo dupli-

caba el riesgo de TDAH en los niños, lo que coincide con otras investigaciones (He *et al.,* 2017; Langley *et al.,* 2005; Rodríguez y Bohlin 2005). Del mismo modo, la evidencia sugiere que el consumo de alcohol por parte de la madre durante el embarazo puede duplicar el riesgo de TDAH en la descendencia (Eilertsen *et al.,* 2017; Knopik *et al.,* 2006; Mick *et al.,* 2002), mientras que otros estudios indican que la obesidad materna también lo puede aumentar significativamente (Andersen *et al.,* 2018; Chen *et al.,* 2014; Rodríguez *et al.,* 2008).

Como resumen, el bajo nivel educativo de la madre y los posibles comportamientos de riesgo de la misma se asocian a un mayor riesgo de TDAH y las pruebas sugieren que los hijos varones de familias monoparentales maternas con bajos ingresos experimentan tasas elevadas de TDAH. Esto implica que la ausencia del padre puede ser un importante factor de riesgo para el TDAH en los niños, especialmente en los casos en que la madre carece de nivel educativo. Sin embargo, Singh (2004) señala que los padres han sido sistemáticamente excluidos de la investigación sobre el TDAH, a pesar de que las investigaciones relacionadas indican que la ausencia del padre conduce a una serie de secuelas psicosociales negativas en los niños, como se describe con más detalle en el capítulo 9 (McLanahan *et al.,* 2013). Dada su importancia, el papel de la parentalidad en el TDAH se revisa más adelante en este capítulo.

4.5 Impacto educativo

Muchas investigaciones han examinado el impacto psicosocial del TDAH a corto y largo plazo. Por definición, los síntomas del TDAH enumerados en las Tablas 4.1 y 4.2 interfieren con la escolaridad y esto se manifiesta en los estudios que comparan los resultados educativos de los niños con TDAH respecto a los niños sin TDAH. Estos estudios informan sistemáticamente que los niños y adolescentes con TDAH son más propensos a tener una experiencia educativa negativa, presentando tasas significativamente más altas de suspensión, expulsión, repetición de grado y abandono escolar, incluso mientras reciben medicación específica (Fleming *et al.,* 2017; Rucklidge 2010; Loe y Feldman 2007). Por ejemplo, un estudio estadounidense de más de 1.000 niños en edad escolar, encontró que los diagnosticados con TDAH en comparación con los alumnos sin TDAH tenían una probabilidad significativamente mayor de 1) ser suspendidos o expulsados (OR: 7,1; 95% IC: 2,3-10,7); 2) obligados a repetir curso (OR: 3,4; 95% IC: 2,1-5,3) y 3) recibir educación especial (OR: 4,1; 95% IC: 2,6-6,4) (LeFever *et al.,* 2002). Otro estudio con más de 500 niños en los Países Bajos descubrió que más del 40% de los niños con TDAH habían repetido un curso o tenían problemas de aprendizaje (Derks *et al.,* 2007). Es importante destacar que algunas investigaciones indican que las tasas de estos resultados adversos tienden a ser mayores en los niños que en las niñas.

Por ejemplo, el ya mencionado estudio de Bauermeister *et al.* (2007) comparó los resultados entre niños y niñas con TDAH, encontrando que el 22,7% aquellos habían sido suspendidos en

la escuela, en comparación con el 0 % de las niñas. Del mismo modo, el 28% de los niños había suspendido algún curso, en comparación con el 7% de las niñas. De manera similar, el estudio mencionado de LeFever *et al.* (2002) halló que los niños con TDAH eran significativamente más propensos a ser expulsados o suspendidos que las niñas, con una razón de probabilidades de 4,8 (95% IC: 2,6-8,6). Este estudio también descubrió que los chicos tenían más probabilidades de recibir servicios educativos especiales (OR: 2,5; 95% IC: 1,6-3,8). Un estudio australiano de 300 niños y niñas con TDAH reveló que el 65% de los niños tenían problemas con las tareas escolares y las notas, en comparación con el 47% de las niñas (Graetz *et al.,* 2005).

Estas elevadas tasas de resultados educativos adversos en los niños se han atribuido a varios factores. En primer lugar, algunas investigaciones indican que los niños con TDAH tienden a tener tasas significativamente más altas de hiperactividad, falta de atención, impulsividad, agresividad y problemas de externalización en comparación con las niñas (Abikoff *et al.,* 2002; Gershon, 2002). Estos problemas pueden perturbar el buen funcionamiento de la clase, lo que lleva a medidas disciplinarias por parte de los profesores y administradores de la escuela. En otras palabras, el perfil sintomático típico más severo de un niño con TDAH puede contribuir a una mayor perturbación en el aula, lo que a su vez puede llevar a medidas disciplinarias más severas, lo que resulta en peores resultados escolares (Gaub y Carlson 1997; Cantwell 1996).

Sin embargo, otra posible explicación es que los maestros y administradores escolares presentan mayores índices de molestia y menor tolerancia hacia los niños en comparación con las niñas

con TDAH. Por ejemplo, el estudio antes mencionado de Graetz *et al.* (2005) encontró que el 64% de los niños con TDAH fueron calificados como molestos o inquietantes por sus profesores, en comparación con el 38% de las niñas con TDAH, a pesar de que el número medio de síntomas era similar y los perfiles de síntomas eran comparables, tal como lo indica el Diagnostic Interview Schedule for Children: un instrumento validado de referencia (Bravo *et al.,* 2001). Esto podría estar relacionado con los estereotipos de género y el *efecto de halo* de género discutido en el capítulo 1, donde los niños con TDAH son percibidos como más amenazantes y perturbadores, mientras que las niñas son percibidas como más agradables y complacientes, independientemente de su comportamiento real (*vid.* sección 4.8.4).

Esta hipótesis se ve respaldada por considerables investigaciones que indican que los maestros informan niveles más bajos de conductas problemáticas en las niñas con TDAH y niveles más altos en los niños con TDAH, incluso cuando los niños y las niñas estudiados tienen perfiles sintomáticos similares y tasas similares de trastornos conductuales disruptivos (Derks *et al.,* 2007; Biederman *et al.,* 2005; Hartung *et al.,* 2002). Estos estudios también indican una divergencia entre los reportes de los maestros y de los padres, ya que estos reportan menos conductas problemáticas en los hijos con TDAH y a un nivel similar al de las hijas con TDAH. Estos importantes fenómenos se analizan más adelante en este capítulo y con mucho más detalle en el capítulo 7, que también explora intensamente el vínculo entre el bajo nivel educativo y los problemas de salud mental de los adultos.

4.6 Impacto en la edad adulta

Diversos estudios indican que el TDAH puede derivar en un trastorno crónico que persista en la edad adulta para una proporción entre el 25 y el 50% de los casos infantiles (Hashmi *et al.,* 2017; Dalsgaard, 2013; Kessler *et al.,* 2005). Un estudio de cohorte prospectivo de más de 5.000 individuos mostró que el TDAH infantil perdura en la edad adulta para el 29% de los casos (Barbaresi *et al.,* 2013). Otro estudio de cohorte australiano de más de 3.000 personas encontró tasas más altas de cronicidad en los varones, con síntomas que persisten en la edad adulta para el 63% de ellos en comparación con el 48% de las mujeres (Ebejer *et al.,* 2012).

Estos y otros estudios indican que las personas con TDAH tienen un mayor riesgo de sufrir diversas dificultades en la edad adulta, como la delincuencia, el desempleo, las desventajas sociales, el abuso de sustancias, la prisión, el divorcio y el bajo nivel educativo (Groenman *et al.,* 2017; Agnew-Blais *et al.,* 2016; Fletcher, 2014; Dalsgaard, 2013; Biederman *et al.,* 2006). Una vez más, estos estudios indican que los hombres con TDAH experimentan algunas de estas dificultades en tasas más altas que las mujeres. Biederman *et al.* (2004) realizaron un estudio de casos y controles, en el que encontraron tasas significativamente más altas de abuso de alcohol y drogas en los hombres con TDAH en comparación con las mujeres. Estos hallazgos se han observado también en otros estudios, como en un estudio noruego con 600 hombres y mujeres con TDAH que indicó que los hombres presentaban más del doble de la tasa de abuso de alcohol (37%) en comparación con las mujeres (18%) (Rasmussen y Levander,

2009). Este estudio también observó tasas considerablemente más altas de criminalidad y abuso de drogas en los hombres con TDAH en comparación con las mujeres. Asimismo, el 84% de los hombres de este estudio tenía un historial laboral inestable, en comparación con el 62% de las mujeres.

4.7 Problemas de medicación

Existe una serie de medicamentos aprobados por la US Food and Drug Administration (FDA) para el tratamiento del TDAH. Los dos medicamentos más utilizados son los psicoestimulantes: 1) compuestos de anfetamina, conocidos comúnmente bajo la marca comercial Adderall; y 2) compuestos de metilfenidato, conocidos comúnmente bajo las marcas comerciales Ritalin o Concerta. Estas dos formas de medicación psicoestimulante pueden ser útiles para reducir los síntomas del TDAH, en particular mejorando la concentración y la atención. De hecho, los CDC (2020a) señalan que “entre el 70 y el 80% de los niños con TDAH tienen menos síntomas cuando toman estos medicamentos de acción rápida”.

Estos dos psicoestimulantes se utilizan habitualmente como tratamiento de primera línea para el TDAH, aunque su uso varía según el país. Por ejemplo, organizaciones gremiales como la American Academy of Pediatrics (2019) y la American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (2007) recomiendan estas dos formas de psicoestimulantes para niños de 6 a 18 años. Sin embargo, el National Institute for Health Care Excellence

(NICE) del Reino Unido recomienda el metilfenidato como tratamiento de primera línea para niños y jóvenes de 5 o más años (National Institute for Health Care Excellence, 2018), mientras que las anfetaminas no figuran como tratamiento recomendado en sus directrices. De hecho, alrededor del 90% de la medicación prescrita para el TDAH infantil en Europa apunta al metilfenidato, mientras que en Estados Unidos tanto los compuestos de metilfenidato como de anfetaminas se utilizan comúnmente (Knopf *et al.,* 2012; Zito *et al.,* 2008). Esta preferencia por los metilfenidatos en Europa se basa en pruebas de peso que indican que el metilfenidato es más eficaz en niños y adolescentes en comparación con las anfetaminas, a la vez que las anfetaminas pueden causar más efectos secundarios y adversos en los niños en comparación con el metilfenidato (Cortese *et al.,* 2018).

4.7.1 Efectos secundarios y uso indebido

Sin embargo, las pruebas indican que tanto la anfetamina como el metilfenidato pueden tener una serie de efectos secundarios. Entre ellos se encuentran la disminución del apetito, la pérdida de peso, las alteraciones del estado de ánimo y los problemas del sueño (Berman *et al.,* 2009; Cascade *et al.,* 2010). Por definición, estos medicamentos estimulantes también pueden elevar la presión arterial y acelerar el ritmo cardíaco, aumentando así el riesgo de desarrollar problemas cardíacos (Hennissen *et al.,* 2017; Sinha *et al.,* 2016; Martínez-Raga *et al.,* 2013; Westhover y Halm 2012). Algunos estudios también han relacionado estos medicamentos estimulantes con problemas de comportamiento como el

aumento de hostilidad, agresividad, paranoia y cambios de humor (Berman *et al.,* 2009). También existe el riesgo de padecer síntomas de abstinencia como ansiedad, náuseas y sudoración. Además, se desconocen en gran medida los efectos secundarios a largo plazo, con una escasez de estudios que midan el impacto más allá de las 12 semanas (Cortese *et al.,* 2018). Esto ha llevado a especular (a veces basándose en investigaciones con animales) que el uso a largo plazo de psicoestimulantes puede provocar secuelas físicas, mentales y funcionales negativas, como la pérdida de impulso, apatía y una disminución de la motivación interna; lo que se ha relacionado con daños morfológicos en áreas cerebrales como el estriado ventral, en particular el núcleo accumbens (Sax, 2016; Hoekzema *et al.,* 2014; Whitaker, 2010; Berman *et al.,* 2009; Breggin, 2001).

Cabe destacar que los psicoestimulantes a base de anfetaminas también pueden utilizarse con fines no medicinales y a menudo se venden en el mercado negro. De hecho, existe un intenso comercio entre los estudiantes universitarios, que utilizan los psicoestimulantes durante los periodos de estudio y los exámenes para mejorar la concentración. Un estudio realizado en EE. UU. indicó que el 39% de los estudiantes universitarios abusaron de los psicoestimulantes de este modo (Peralta y Steele, 2010). Además, se puede abusar de ellos con fines recreativos para elevar el estado de ánimo e inducir un *subidón* (Maturo 2013). Este comportamiento es preocupante ya que la FDA señala que los psicoestimulantes pueden ser adictivos y también pueden tener efectos tóxicos, lo que significa que este uso no medicinal puede aumentar el riesgo de

adicción e incluso de sobredosis. De hecho, estas preocupaciones han llevado a algunos países a regular el diagnóstico y el tratamiento del TDAH. En Dinamarca, por ejemplo, solo los especialistas, como los psiquiatras infantiles y los pediatras, están autorizados a iniciar el tratamiento y los no especialistas, como los médicos de cabecera, tienen principalmente una función de remisión (Dalsgaard, 2013). Existen protecciones similares en otros países europeos, como Francia e Italia (Conrad y Bergey 2014; Maturo 2013).

4.7.2 Diferencias de género absolutas en el uso de medicamentos

Un reciente estudio estadounidense examinó la prevalencia del TDAH así como el uso de medicamentos asociados, mediante el análisis de los datos de la NSCH de 2016, una encuesta transversal que incluía datos informados por los padres sobre más de 45.000 niños (Danielson *et al.,* 2018). Este estudio encontró que el 9,4% de los niños de 2 a 17 años en los Estados Unidos habían recibido un diagnóstico de TDAH, lo que supone un total de 6,1 millones de personas, con una tasa doble en los niños en comparación con las niñas. Cabe destacar que el 62% de los niños con diagnóstico de TDAH tomaban medicación, lo que supone más de 3 millones de jóvenes, y representa más del 5% de todos los niños estadounidenses de 2 a 17 años. Casi todos los casos de medicación se produjeron en niños o adolescentes en edad escolar y las tasas de uso fueron mayores en los niños que en las niñas.

Estos resultados recientes coinciden con muchos otros estudios que muestran que los chicos tienen muchas más probabilidades de que se les prescriba medicación que las chicas, tanto en términos absolutos como relativos. Por ejemplo, se evidencia en un estudio a gran escala realizado en tres países (EE. UU., Alemania y los Países Bajos) con más de 500.000 solicitudes de reembolso en farmacias y de jóvenes de hasta 19 años, el cual comparó el uso de psicoestimulantes para el TDAH entre chicos y chicas (Zito *et al.,* 2008). Este estudio encontró que al 6,5% de los chicos de EE. UU. se les recetaron psicoestimulantes, en comparación con el 1,9% de las chicas. En los Países Bajos se observaron tasas mucho más bajas (pero proporciones de género similares), con receta de psicoestimulantes al 2% de los chicos y al 0,4% de las chicas. En Alemania se observaron tasas aún más bajas: el 1,2% de los chicos y el 0,2% de las chicas. Esto se traduce en una proporción varón respecto a mujer de 3,4 a 1 en los Estados Unidos, de 4,8 a 1 en los Países Bajos y de 5,3 a 1 en Alemania.

Estos resultados se solapan con otros estudios centrados en un único país. Un estudio estadounidense examinó las reclamaciones de farmacia de los jóvenes menores de 19 años en el periodo 2000-2005 y halló que al 6,1% de los chicos y al 2,6% de las chicas estadounidenses se les había recetado medicación para el TDAH en 2005, lo que significa que los chicos tenían más del doble de probabilidades de recibir dicha medicación (Castle *et al.,* 2007). Este estudio también halló que los chicos de entre 10 y 19 años tenían la tasa más alta de uso de medicación (8% en 2005), así como un aumento del 10% anual en el uso de medica-

ción entre 2000 y 2005 en el grupo de edad de 0 a 19 años. Este aumento en el uso de medicamentos se ha observado también en estudios posteriores. Zuvekas y Vitiello (2012) encontraron una tasa de crecimiento anual del 3,4% en el uso de psicoestimulantes para el TDAH entre 1996 y 2008 en los Estados Unidos, con un uso más de 2,5 veces mayor en los niños en comparación con las niñas (OR: 2,62; 95% IC: 2,05-3,35). Un análisis más reciente de los datos longitudinales del NSCH reveló un aumento anual del 7% en el uso de medicamentos para el TDAH entre 2007 y 2011 (Visser *et al.,* 2014). Curiosamente, este estudio encontró la mayor prevalencia de medicación entre los niños de 11 años, con un 13,3% de todos los niños estadounidenses.

4.7.3 Diferencias relativas de género en el uso de medicamentos

Los estudios descritos anteriormente detallan el uso en términos globales de la medicación psicoestimulante, indicando que los niños tienen entre dos y tres veces más probabilidades que las niñas de recibir medicación para el TDAH. Sin embargo, los chicos también tienen entre dos y tres veces más probabilidades de ser diagnosticados de TDAH, lo que significa que los patrones de prescripción podrían estar reflejando simplemente una prevalencia diferencial. Para tener en cuenta esta posibilidad, varios estudios han examinado las diferencias de género en la prescripción en jóvenes ya diagnosticados con TDAH. Por ejemplo, el ya mencionado estudio de Bauermeister *et al.,* (2007) comparó las diferencias de género en el uso de la medicación entre aquellos

con un diagnóstico de TDAH, encontrando que al 9,6% de los chicos con TDAH se les había prescrito medicación, en comparación con el 1,8% de las chicas con TDAH, aunque el estudio reveló tasas similares de comportamiento disruptivo y perfiles de síntomas entre chicos y chicas.

Los estudios europeos también han descubierto que los chicos con TDAH tienen más probabilidades de que se les prescriba medicación que a las chicas con TDAH. Por ejemplo, un estudio alemán examinó la prevalencia del uso de medicamentos para el TDAH en una muestra nacional de más de 17.000 jóvenes de hasta 17 años (Knopf *et al.,* 2012). Este estudio encontró una prevalencia general de uso de psicoestimulantes del 0,9%, una cifra mucho menor que la observada en los estudios de Estados Unidos. Sin embargo, este estudio reveló importantes diferencias de género, con un 1,5% (95% IC: 1,2-1,8) de niños alemanes a los que se les recetaron psicoestimulantes, en comparación con el 0,3% de las niñas alemanas (95% IC: 0,2-0,5), una razón de probabilidades de 5,2 a 1. Este análisis reveló que los niños alemanes con TDAH también tenían más probabilidades de recibir medicación que las niñas alemanas, con una razón de probabilidades de 1,5 a 1. Cabe destacar que el 44% de los chicos que utilizaban la medicación lo habían hecho durante un año o más, lo que sugiere un uso a medio o largo plazo. Este estudio también descubrió que la tasa de reacciones adversas en los chicos (13,2%) era el doble que en las chicas (7,4%).

Se obtuvieron resultados similares en un importante estudio holandés, que utilizó una metodología innovadora para arrojar luz sobre las diferencias de género en el tratamiento (Derks

et al., 2007). En este estudio, se compararon los síntomas del TDAH, el uso de la medicación y el deterioro escolar entre una muestra de 45 niños y 36 niñas con TDAH. Además, se solicitó a los profesores y a los padres que informaran de forma independiente sobre los síntomas del TDAH y los comportamientos relacionados en estos jóvenes. Este estudio descubrió que el 47% de los chicos con TDAH recibían medicación, en comparación con el 6% de las chicas; una proporción de más de 7 a 1. Los resultados también revelaron niveles similares de deterioro escolar respecto a la repetición de curso y dificultades de aprendizaje. Sin embargo, el estudio descubrió que las madres tendían a informar de niveles similares de agresividad y problemas de atención en niños y niñas con TDAH, mientras que los profesores calificaban sistemáticamente a los niños de tener más del doble de problemas de atención y agresividad que las niñas. Como se ha dicho anteriormente, esta variación podría atribuirse a los estereotipos y a los sesgos cognitivos en relación con los niños y las niñas, ya que las niñas son percibidas como mejores comportamientos (el llamado *efecto halo*), y los niños son percibidos como más bulliciosos y revoltosos, independientemente de las circunstancias reales (*vid*. capítulo 1).

En conjunto, la literatura de investigación indica que, en general, los niños son significativamente más propensos a recibir medicación para el TDAH que las niñas, con las tasas más altas en los años de la mitad de la infancia. Cabe destacar que las tasas de uso de la medicación están aumentando, lo que significa que cada vez hay más niños en edad escolar medicados (especialmente niños) en todas las sociedades occidentales. ¿Es esto bueno o negativo?

4.8 La hipótesis de la medicalización

Para recapitular, la voluminosa literatura sobre el TDAH indica que 1) los niños tienen una mayor prevalencia de TDAH que las niñas; 2) los niños, en general, tienen más probabilidad de recibir medicación para el TDAH que las niñas; y 3) los niños con TDAH tienen más probabilidades de recibir medicación que las niñas con TDAH. Por un lado, algunos autores han argumentado que estas cifras sugieren una tasa preocupantemente alta de infradiagnóstico en las niñas, con sesgos en el sistema que afectan negativamente a las niñas, lo que lleva a una alta tasa de falsos negativos en las mujeres (p. ej., Danielson *et al.*, 2018). Es decir, el hecho de que las niñas estén recibiendo menos diagnósticos y medicación es considerado un problema por algunos, con propuestas aparejadas para aumentar el diagnóstico y la medicación entre las niñas. Por otro lado, otros autores han sugerido que estas cifras traducen un posible sobrediagnóstico en los niños, con sesgos en el sistema que conducen a una alta tasa de falsos positivos, incluso con algunos autores que sugieren que el TDAH no es un constructo válido y que se trata simplemente del reetiquetado de la conducta bulliciosa y animosa, especialmente en los niños. Esta crítica se centra en el concepto sociológico de *medicalización*, que se describe y analiza a continuación, especialmente en relación con el TDAH en los niños. En una obra clásica, Conrad afirma que:

> La medicalización describe un proceso por el cual los problemas que no son de tipo médico pasan a ser definidos y tratados como problemas médicos, normalmente en términos de

> enfermedades y trastornos. Esto implica la adopción de un lenguaje y un marco médico para redefinir un problema, al tiempo que se proponen intervenciones médicas (a menudo farmacéuticas) para resolver el problema redefinido. (Conrad, 1992)

La literatura sobre la medicalización señala varios ejemplos de condiciones que supuestamente se han medicalizado para respaldar sus argumentos. Una de las vertientes implica un análisis de la historia de la medicina, que revela numerosos comportamientos *desviados*, como la masturbación y la homosexualidad, los cuales en su día se consideraron cuestiones médicas y fueron objeto de intervención médica a lo largo de los años, pero que ya no se tratan como tales afecciones médicas (Engelhardt, 1974). Otra vertiente apunta a numerosas cuestiones y problemas que supuestamente se han medicalizado en los últimos años, incluyendo cuestiones cosméticas como la calvicie y las arrugas, cuestiones de desarrollo normativo como el embarazo y el parto y cuestiones de comportamiento *desviado* como el juego y el uso de juegos en Internet.

De hecho, numerosos estudiosos han argumentado que un número cada vez mayor de trastornos psiquiátricos no son verdaderas enfermedades, sino simples desviaciones de las normas sociales, morales o estadísticas. Dicho de otro modo, se argumenta que algunas enfermedades psiquiátricas suponen la medicalización de problemas de la vida cotidiana. Bajo esta línea argumental, los críticos señalan la naturaleza expansiva del DSM, el cual se publicó por primera vez en 1952 y que actualmente va

por su quinta revisión. Es importante destacar que cada revisión incluye más y más diagnósticos con criterios diagnósticos más amplios. De hecho, el actual DSM-5 tiene algo menos de 1.000 páginas, considerablemente más amplio que las versiones anteriores (Frances, 2014; Carlat, 2010). Esto significa que con cada revisión se amplía la red de diagnósticos, lo que supone que cada vez más personas son etiquetadas como enfermas mentales. Cabe destacar que antes de cada revisión del Manual, los psiquiatras se reúnen y discuten los nuevos criterios diagnósticos, así como los posibles nuevos diagnósticos, lo que significa trazar un umbral algo arbitrario entre los comportamientos normativos y los patológicos. Algunos han argumentado que los psiquiatras establecen este umbral demasiado bajo y que están demasiado dispuestos a etiquetar comportamientos normativos como patológicos (Conrad, 2007; Horwitz y Wakefield, 2007). Por ejemplo, se ha argumentado que el diagnóstico de *fobia social* del DSM-5 implica la medicalización de la timidez y la introversión cotidianas (Scott, 2006) mientras que otros sostienen que la *depresión* leve o moderada implica la medicalización de la tristeza y la infelicidad cotidianas (Dowrick y Frances, 2013).

De principal relevancia para este capítulo es manifestar que se ha debatido mucho sobre la medicalización en relación con el TDAH. De hecho, algunos autores han argumentado que el constructo del TDAH implica la *medicalización del mal comportamiento* (Searight y McLaren, 1998), la *medicalización del bajo rendimiento* (Conrad y Potter, 2000) o simplemente la *medicalización de la infancia* (Timimi, 2002). Estas preocupaciones están impulsadas por una serie de factores, entre ellos:

1. La evidencia de que el comportamiento bullicioso y enérgico forma parte del espectro normal del comportamiento de los niños y adolescentes (especialmente de los varones), pero que se ha patologizado erróneamente y se ha reetiquetado como enfermedad mental.
2. Preocupa que el constructo y los criterios de diagnóstico del TDAH sean ambiguos y demasiado amplios, lo que supone un considerable sobrediagnóstico y un gran número de falsos positivos atrapados en una red psiquiátrica cada vez más amplia.
3. Se ha observado que varios grupos de interés se benefician directamente de la re-etiquetación y reconceptualización de los *comportamientos problemáticos* como TDAH, entre ellos la industria psiquiátrica, las *Big Pharma*, las madres abrumadas y los profesores frustrados, todos los cuales se analizan en detalle más adelante en este capítulo.

Cabe destacar que Conrad (1992) afirma que "el género es un factor importante para entender la medicalización" y puede ser particularmente importante para entender el TDAH. De hecho, otros autores han argumentado directamente que el diagnóstico de TDAH se dirige injustamente a los niños demasiado enérgicos que se consideran una amenaza desviada para la armonía y el orden dentro de las familias modernas y las instituciones educativas (p. ej., Sax, 2016; Sommers, 2015). Con este argumento, se afirma que las escuelas se han vuelto particularmente hostiles a los niños (*vid*. capítulo 7), con estadísticas que indican una disminución del tiempo de recreo, la educación

física y la clase de gimnasia, así como una mayor intolerancia para el juego brusco y actividades similares amistosas para los niños. En palabras de Sax (2016), esto significa que "los chicos que hacen cosas que siempre han hecho los chicos ahora se meten en problemas" y puede contribuir a un diagnóstico de TDAH y la consiguiente medicación. Esto sería preocupante, dado que muchas investigaciones indican que los chicos en general son naturalmente enérgicos y que dicha energía puede ser evolutivamente adaptativa, ya que puede aumentar la aptitud individual al contribuir al éxito en actividades vitales que requieren mucha energía, como por ejemplo, la caza, la agricultura y la pesca (Hartmann, 1993).

De hecho, es sabido que los seres humanos son sexualmente dimórficos desde la concepción, lo que significa que los machos y las hembras tienen una distribución diferencial de esteroides sexuales (p. ej., testosterona), masa adiposa y fuerza muscular (Peper *et al.,* 2009; Wells, 2007; Jacklin *et al.,* 1984). Todo ello contribuye a la constatación, bien documentada, de que los varones tienden a tener un gasto energético total mayor que las mujeres durante la infancia y la adolescencia (Ball *et al.,* 2001; Goran *et al.,* 1998). En consecuencia, ¿significa esto que estamos señalando erróneamente a los chicos excesivamente enérgicos y reetiquetándolos como enfermos mentales?; ¿y, está el problema más situado en las escuelas, que pueden haberse vuelto poco acogedoras y amistosas con los chicos, que en la mente (o los cerebros) de los niños diagnosticados con TDAH?; ¿y, quién se beneficia de la creciente tasa de diagnóstico de TDAH y del uso de medicamentos?

Responder a estas preguntas exige un análisis sociológico detallado de los posibles motivos de esa supuesta medicalización. De hecho, hay que tener en cuenta que la medicalización es un proceso típico de acción colectiva, que implica las actividades interconectadas y entrelazadas de varios grupos de interés, algunos de los cuales se benefician directamente de la reetiquetación y la reconceptualización de los comportamientos problemáticos como una enfermedad mental. La literatura sociológica indica que cinco partes entusiastas pueden estar en colusión confabuladora para contribuir a un proceso de medicalización del TDAH: 1) una industria psiquiátrica expansionista; 2) las *Big Pharma*, grandes farmacéuticas con su ánimo de lucro; 3) las madres abrumadas; 4) los profesores y educadores frustrados; y 5) algunos jóvenes afectados. Estos cinco factores se analizan sucesivamente a continuación, en el contexto de los cambios sociales más amplios en relación con la práctica educativa y la familia, y se concluye con un debate sobre el control social de los denominados comportamientos *desviados*, que suele ser la base de cualquier proceso de medicalización.

4.8.1 La industria psiquiátrica

Ivan Illich, en su libro seminal *Medical Nemesis* (Illich, 1976), señala que la medicina es una industria y, como todas las industrias, busca constantemente expandirse hacia nuevos mercados. Del mismo modo, Illich sostiene que los profesionales de la industria médica persiguen constantemente nuevas funciones para asegurarse una clientela regular y la continuidad de su ocupación

profesional. Por un lado, esto podría considerarse un intento humano de servir a una población que ya sufre. Por otro lado, podría también considerarse como un esfuerzo expansionista para aumentar la reserva de clientes potenciales. ¿Qué evidencias se pueden aportar en sustento de esta última argumentación?

Se ha observado que los psiquiatras y las asociaciones gremiales de psiquiatría, como la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), son algunos de los defensores más entusiastas del constructo del TDAH (Breggin, 2001). De hecho, cada nueva revisión del DSM de la APA añade nuevos diagnósticos y criterios diagnósticos más amplios para los trastornos existentes, como el TDAH (*vid.* sección 4.1). Dinámicamente, el DSM lanza una red de diagnóstico, y esta red está capturando a más y más personas, con una investigación que indica un aumento del 50% en la prevalencia de las enfermedades mentales tras la transición del DSM-III al DSM-III-R, y con un aumento similar en la transición del DSM-III al DSM-IV (Newcorn *et al.,* 1989). Esto significa que millones de personas se transforman de la noche a la mañana de individuos mentalmente sanos en pacientes potenciales que necesitan tratamiento, aumentando así la demanda global de servicios psiquiátricos.

En relación al TDAH, se ha argumentado que la reetiquetación como una enfermedad mental del bajo rendimiento académico o del mal comportamiento bullicioso origina un flujo interminable de pacientes (o usuarios-clientes) potenciales a los servicios de salud mental, asegurando el crecimiento, la expansión y el empleo dentro del ámbito de la industria psiquiátrica (Conrad, 1992). Se ha argumentado por algunos autores que

este proceso se ve facilitado por las listas oficiales de síntomas del TDAH, ambiguas, maleables e imprecisas. Por ejemplo, se ha observado que la lista de síntomas del TDAH implica una considerable interpretación subjetiva por parte del clínico que realiza el diagnóstico, ya que las palabras que aparecen comúnmente, como la locución adverbial *a menudo*, o los síntomas específicos, como *no parece escuchar*, no se operativizan con precisión (Searight y McLaren, 1998). Es decir, ¿cómo de frecuente es *a menudo*?, o ¿cómo se puede evaluar válidamente *no parece escuchar*? Estos argumentos se llevan a veces más lejos, señalando que esta ambigüedad puede servir a un propósito funcional, ya que asegura que más personas queden *atrapadas* en la red de diagnóstico, lo que lleva a un mayor volumen de negocio y a una creciente clientela para la profesión psiquiátrica.

En relación a ello, se ha observado (correctamente) que los límites y las listas de síntomas del TDAH se han ampliado para incluir a más y más personas. Esto puede verse en la adición del TDAH de adultos a las versiones recientes del DSM. Cabe destacar que, hasta mediados de la década de 1990, se creía ampliamente que los síntomas del TDAH remitían durante la transición a la edad adulta. En otras palabras, el TDAH se consideraba históricamente un trastorno de la infancia y la adolescencia. De hecho, las tres primeras versiones del DSM restringían el diagnóstico del TDAH a niños y adolescentes, y el DSM-II etiquetó el trastorno como *reacción hipercinética de la infancia*. En 1994, el DSM-IV rompió con esta restricción para permitir el diagnóstico del TDAH en adultos, transformándolo de ser un trastorno específico de la infancia a ser uno que puede afectar a cualquier perso-

na en cualquier momento o edad. El DSM-5 supuso una mayor consolidación de esta posición, ya que los criterios sintomáticos anteriormente centrados en los niños se reescribieron para incluir ejemplos apropiados para los adultos (p. ej., olvidarse de pagar las facturas, no terminar las tareas en el trabajo, etc.).

Asimismo, la edad de inicio de los criterios se aumentó a 12 años en el DSM-5 (desde los 7 años del DSM-IV), lo que significa que más personas pueden optar al diagnóstico. Por una parte, esto podría considerarse una iniciativa humana impulsada por la investigación que permite la identificación y el tratamiento de adultos que sufren una enfermedad mental debilitante. Por otra parte, bien podría considerarse una ampliación de la red psiquiátrica al estar etiquetando erróneamente un problema psicosocial como un problema psiquiátrico, susceptible de necesitar tratamiento médico y medicación psiquiátrica.

Sea cual sea el punto de vista, un hecho indudable es que el TDAH representa un considerable negocio para la profesión psiquiátrica. Las cifras indican que en 2013 el gasto en atención sanitaria en los Estados Unidos por el TDAH ascendió a 23.000 millones de dólares (Dieleman *et al.,* 2016), mientras que las cifras de la US healthcare expenditure for ADHD (Encuesta Nacional de Atención Médica Ambulatoria sobre TDAH de los Estados Unidos) indican que existieron 13,6 millones de visitas a los proveedores de atención sanitaria en 2016 por cuestiones relacionadas con el TDAH. Cabe destacar que la tasa de visitas de los niños es aproximadamente el doble que la de las niñas.

4.8.2 Las grandes empresas farmacéuticas (*Big Pharma*)

Se ha afirmado que la medicalización de un problema psicosocial suele conllevar una *farmaceuticalización* concomitante, lo que significa que la medicación se produce, se comercializa y se utiliza con celeridad para cualquier problema medicalizado (Breggin, 1994). De hecho, el psiquiatra británico Sami Timimi afirma que "el TDAH ha generado enormes beneficios para la industria farmacéutica en un contexto de investigación de baja calidad, con sesgo de publicación y con retribuciones a algunos de los principales académicos en este campo" (Timimi y Taylor, 2004, p.8). Es decir, que se ha argumentado que la industria farmacéutica (a veces conocida como *Big Pharma*) tiene un interés particular en la medicalización de los problemas originariamente no médicos, ya que esto conduce a mercados de mayor amplitud y a beneficios empresariales mucho mayores.

Aunque los datos de mercado sobre los beneficios empresariales no son de fácil acceso, un informe de investigación de mercado estimó en 2010 la dimensión del mercado mundial de medicamentos para el TDAH en casi 4.000 millones de dólares, previendo también un crecimiento del 8% en los años siguientes (Conrad y Bergey, 2014). Esto coincide con un amplio corpus de investigación que indica un aumento masivo en el uso de psicoestimulantes. En la década de 1990 se multiplicó por ocho el uso de psicoestimulantes en Estados Unidos (Conrad y Potter, 2000; Zametkin y Ernst, 1999). Datos más recientes, que examinan los cambios entre 1993 y 2003, revelan que el uso de medicamentos para el TDAH se ha multiplicado por tres veces en todo el mun-

do, y que el gasto global se ha multiplicado por nueve (Scheffler *et al.,* 2007).

Algunas investigaciones recientes indican un gran aumento del uso de medicamentos en grupos demográficos que normalmente no habían sido tratados con aquellos. Por ejemplo, varios estudios indican un gran aumento del uso de medicamentos para el TDAH en niños de 2 a 5 años; un mercado relativamente nuevo pero en expansión para las empresas farmacéuticas. Un estudio de datos de reclamaciones de seguros muestra un aumento de los niños de 2 a 5 años que reciben atención clínica (Visser *et al.,* 2016). Danielson *et al.* (2017) documentan un aumento del 57% (del 1% al 1,57%) en el TDAH diagnosticado en niños de 2 a 5 años del periodo 2007-2008 respecto al periodo posterior 2011-2012. Del mismo modo, los autores Danielson *et al.* (2018), en un estudio sobre los datos del NSCH, encontraron que aproximadamente 61.000 niños de 2 a 5 años estaban siendo tratados con medicación para el TDAH. Esto representa un hecho inquietante ya que la seguridad y la eficacia en niños tan pequeños no se ha investigado lo suficiente y la validez del diagnóstico en este grupo de edad es cuestionable. De hecho, algunos autores han argumentado que el uso regular de psicoestimulantes en niños pequeños puede tener efectos negativos a largo plazo en el cerebro en desarrollo, lo que vuelve a plantear dudas sobre la idoneidad y la seguridad (Sax, 2016; Breggin, 1999; Diller, 1999).

En suma, el concepto de TDAH está pasando de ser un problema de los niños en edad escolar a un problema de los niños y de los adultos. Esta expansión en ambas direcciones ha llevado a una sutil pero importante reconceptualización del TDAH como

una condición para toda la vida que puede afectar a cualquiera desde la cuna hasta la tumba. Conrad y Potter (2000) señalan que "al redefinir el TDAH como un trastorno de por vida, existe la posibilidad de mantener a los niños y a los adultos bajo medicación indefinidamente" (p.568). La ampliación del diagnóstico del TDAH en ambas direcciones (es decir, a jóvenes y personas mayores) abre nuevos mercados para las corporaciones farmacéuticas y ayuda a garantizar unos correlativos y *adecuados* beneficios.

La expansión farmacéutica también se ha producido geográficamente. Por ejemplo, la evidencia muestra que el uso de medicamentos para el TDAH está aumentando su penetración en países que antes constituían mercados reducidos, como Francia, Alemania y Brasil, en parte debido a los intensos esfuerzos de mercadotecnia de las empresas farmacéuticas (Conrad y Bergey, 2014; Hinshaw *et al.*, 2011). Las investigaciones indican que en Alemania las prescripciones de psicoestimulantes se multiplicaron por 10 entre 1998 y 2008 (Conrad y Bergey, 2014). De nuevo, estas tendencias podrían interpretarse como una respuesta humana a un trastorno debilitante o bien como una táctica cínica de las *Big Pharma*, ávidas de ampliar sus mercados al objeto de maximizar sus beneficios económicos.

4.8.3 Las madres y la medicalización

Como se mencionó anteriormente, un elemento esencial de la tesis de la medicalización es que el concepto de TDAH no es más que la re-etiquetación del comportamiento problemático de los niños en edad escolar, especialmente de los niños bulliciosos.

Un estudio cualitativo observó que algunos profesores británicos tenían una fuerte antipatía hacia la medicalización de los problemas de comportamiento de los niños, y que los profesores hacían comentarios como del tipo "el TDAH es solo una etiqueta para excusar el mal comportamiento" (Malacrida, 2004). Tradicionalmente, ese *mal comportamiento* se achacaba a una crianza disfuncional, por lo general a una maternidad disfuncional. De hecho, en todas las sociedades humanas, las madres han asumido gran parte de la culpa (o el mérito) de los comportamientos y el rendimiento educativo de sus hijos. Esta culpa por el mal comportamiento de sus hijos puede acarrear costes psicosociales a las madres, como el autoestigma y el estigma público en la comunidad local.

Dada esta situación, se ha argumentado que las madres han sido fundamentales en el desarrollo, la consolidación y la perpetuación del concepto de TDAH, precisamente porque esta conceptualización puede ayudar a absolverlas de la culpa respecto a las conductas problemáticas del niño y su bajo rendimiento en la escuela. Según este argumento, el concepto de TDAH proporciona un marco exculpatorio que desplazaría la culpa de los comportamientos problemáticos desde una eventual madre ineficaz o con déficit competencial hacia un *desequilibrio químico* o una *disfunción cerebral*.

De hecho, esta es una de las principales conclusiones de un importante estudio cualitativo sobre madres de niños pequeños estadounidenses a los que se les había diagnosticado TDAH (Singh, 2004). Un hallazgo clave de este estudio fue que las madres aceptaron con entusiasmo la narrativa de la *enfermedad cerebral*

de las conductas problemáticas de los niños. Una ejemplificación puede ser la emblemática observación de una madre acerca de que *no es su problema, sino que es el problema de su cerebro*; un sentimiento que aparece comúnmente en ese conjunto de datos cualitativos.

Además de proporcionar un marco convenientemente exculpatorio, el citado estudio observó que las madres de los niños con TDAH declaraban una serie de problemas psicológicos propios, que se manifestaban en diversos comportamientos disfuncionales relacionados con el manejo de la ira y el autocontrol. Por ejemplo, una de las madres de este estudio señaló que "la cosa más pequeña me hacía enfadar y [...] me hacía empezar a gritar incontroladamente. Cerraba la puerta de mi habitación y golpeaba algo". Otra madre señaló que "¡me volvía loca! Quería sacudirlo, abrazarlo y llorar al mismo tiempo. Estaba tan frustrada, tan alterada y enfadada". Estos puntos de vista se expresaron con frecuencia en todo el conjunto de datos. Otra madre afirmó que "empezaba a temer pasar tiempo con él porque era muy difícil. Era tan difícil [...]". Todos estos datos llevaron a Singh a afirmar que "algunas madres empezaron a sentir que odiaban a sus hijos", lo que sugiere que un problema que puede estar contribuyendo a ello en algunos casos puede ser el de los problemas psicológicos de la madre, más que el del niño. Esto llevó a Singh a plantear la pregunta retórica "¿quién se beneficia más del tratamiento con Ritalin, el niño o la madre?" Esta pregunta aún no ha sido suficientemente resuelta por investigaciones posteriores, pero los resultados principales de este trabajo implican que algunas madres se creen a pies juntillas la idea de que el TDAH es una enferme-

dad cerebral que necesita medicación psicotrópica por una serie de razones funcionales de interés propio.

Cabe destacar que Singh (2004) también afirma que las madres constituyen la gran mayoría de grupos de apoyo parental, defensa y educación devotos del TDAH, y que los padres varones están en gran medida ausentes de dichos grupos (Singh, 2003). Estos grupos han sido fundamentales para promover la aceptación y legitimación social del TDAH como una categoría de enfermedad. Es importante destacar que estos grupos de defensa y de pacientes han recibido una financiación considerable de empresas farmacéuticas como Novartis y Ritalin, que a su vez también han producido materiales *educativos* para difundir el conocimiento del TDAH tanto en los mercados tradicionales como en los emergentes (Maturo, 2013). Como ejemplo, un folleto educativo de Novartis Sudáfrica (s.f.) afirma que:

> Es importante que los padres entiendan que el TDAH es una condición del cerebro que dificulta el control del comportamiento de su hijo. No se trata de que sean un *niño malo* o de algo que hayan hecho los padres.

La tesis de la medicalización sostiene que tanto las empresas farmacéuticas como las organizaciones de apoyo y defensa de los padres son cómplices de la idea de que los comportamientos problemáticos de los niños se deben a la química del cerebro y no a la incompetencia de los propios padres. Ambas tienen mucho que ganar con la aceptación social de esta narrativa. En el caso de las empresas farmacéuticas, los problemas de la química

del cerebro implican una solución química, lo que significa un aumento considerable de los mercados (y de los beneficios) para los medicamentos psicotrópicos. En el caso de los padres (y en particular de las madres), los problemas de la química del cerebro desplazan la culpa de los problemas de la crianza, lo que conduce a la simpatía y la empatía en lugar del oprobio y el reproche. En otras palabras, la medicalización es una situación en la que ganan, tanto las madres como las empresas farmacéuticas.

La literatura revisada anteriormente indica que algunas madres tienen dificultades para hacer frente al comportamiento bullicioso y la rebosante energía masculina de sus hijos. Dada esta situación, es posible que algunas madres administren medicación psicoestimulante a sus hijos varones para calmar su rebosante energía. Esto puede ocurrir especialmente en los hogares de madres solteras, en los que el control tradicional paterno de la energía bulliciosa de los hijos está ausente (*vid*. capítulo 9). Por lo tanto, la disciplina tradicional (o la falta de ella) y el control social pueden estar implicados en el comportamiento materno con respecto a la medicación para el TDAH, cuestiones que se tratan con más detalle en la sección 4.9.

4.8.4 Escuelas y educación

El TDAH se ha enmarcado típicamente como un problema de los niños en edad escolar y varios estudios indican que los problemas de los niños comenzaron o se intensificaron cuando entraron en el sistema escolar (Malacrida, 2004). Lo anterior se evidencia además en los criterios de diagnóstico del TDAH, los cuales ha-

cen frecuente referencia a las deficiencias en el rendimiento escolar. Esto ha llevado a algunos investigadores a plantear que el sistema educativo juega un papel clave en el proceso de medicalización, especialmente aplicado a los chicos bulliciosos. Este aspecto se ha relacionado con varios factores, incluidos los cambios sociales a nivel macro con respecto a la disciplina de los jóvenes, así como los cambios a nivel meso en las prácticas comunes en la escuela (Sax, 2016; Zimbardo y Coulombe, 2016).

Las sociedades occidentales son cada vez más reacias a las formas tradicionales de disciplina en la familia, la escuela y el sistema judicial. Así lo demuestran las prohibiciones generalizadas de los castigos corporales en las escuelas y el sistema judicial y a veces incluso en las familias de algunos países escandinavos. En el ámbito escolar, muchos sistemas educativos también tienen una menor aceptación de otras formas de disciplina tradicional, como la suspensión y la expulsión (*vid*. capítulo 7). Esto significa que los profesores tienen menos opciones y recursos cuando se enfrentan a alumnos enérgicos y bulliciosos, la mayoría de los cuales son varones. Del mismo modo, los padres varones suelen ser los encargados de la disciplina de los niños en las familias, pero muchos niños de todo el mundo son criados por madres solteras, lo que significa que pueden carecer de la disciplina masculina tradicional y de la orientación moral en el hogar (*vid*. capítulo 9).

Las dos tendencias sociales pueden solaparse e interactuar, ya que los niños pueden llegar a la escuela desde un hogar donde falta la disciplina, lo que significa que el comportamiento bullicioso puede ser la norma doméstica aprendida para estos niños. Luego, en la escuela, los profesores pueden carecer de las herra-

mientas tradicionales para disciplinar a estos niños, dejando a los profesores abrumados. Esto puede ser especialmente intenso en las escuelas americanas modernas, que pueden estar aplicando sobre los niños demandas de desarrollo inapropiadas a través de un enfoque temprano en lo académico, mientras que restringen las actividades intensivas de energía, como la educación física, el recreo y el juego brusco (Sax, 2016; Sommers, 2015). Ello significa que el diagnóstico de TDAH en niños revoltosos puede ser especialmente conveniente para los profesores y que el uso concomitante de psicoestimulantes (que suelen tener un efecto calmante) permite a aquellos ejercer un mejor control situacional en el aula. Es decir, que el aumento del diagnóstico de TDAH y del uso de medicamentos facilita el orden en la clase, lo que puede ser especialmente importante dado que muchos autores han argumentado que las escuelas se han vuelto poco *amistosas* con los chicos a través de reglamentos severos, planes de estudio inapropiados y falta de salidas para diluir el exceso de energía masculina; todo ello conduce a chicos frustrados, irritables o desatentos.

Esta teoría está respaldada por algunas evidencias. Malacrida (2004) observó que los profesores canadienses desempeñaban un papel clave en la identificación y etiquetado de los alumnos con TDAH, a pesar de su falta de cualificación para diagnosticar enfermedades mentales y de formular planes de tratamiento. Los profesores de ese estudio sugirieron con frecuencia a las madres que el TDAH era una explicación probable del comportamiento disruptivo en el aula, así como que sugirieron además la medicación como un tratamiento viable y eficaz. El estudio evidenció que los profesores promovían activamente el uso del constructo

TDAH y la medicación asociada. Esta preocupación puede provenir de un deseo de aplacar a los niños disruptivos y hacer que sus clases sean más fáciles de manejar. Estos hallazgos coinciden con los resultados de otro estudio, que observó que los docentes y el personal escolar fueron los primeros en sugerir un diagnóstico de TDAH en más del 50% de los casos potenciales, seguidos por los padres en el 30% y los médicos de atención primaria en el 11% (Sax y Kautz, 2003). Es decir, los profesores eran los más entusiastas a la hora de etiquetar a un niño con TDAH.

En relación a lo anterior, algunas investigaciones indican que los profesores (que son en su inmensa mayoría mujeres: *vid.* capítulo 7) tienden a estereotipar a los niños y a las niñas en sus aulas, lo que puede desempeñar un papel en la hipotética medicalización de los *malos* comportamientos. Como se comentó en el capítulo 1, algunas evidencias sugieren un *efecto de halo* para las niñas en la escuela, ya que los profesores minimizan o pasan por alto los comportamientos perturbadores de las niñas, mientras que prestan una más intensa atención a los comportamientos perturbadores de los niños. En la práctica, esto significa que a menudo se percibe a las niñas como más benignas e inofensivas, mientras que se percibe a los niños como más perturbadores y revoltosos, independientemente de los comportamientos reales en el ámbito.

Bauermeister *et al.* (2007) hallaron que los niños con TDAH tenían más probabilidades que las niñas de ser suspendidos de la escuela, lo que quizás indica el mencionado *efecto de halo* para las niñas con TDAH. De manera similar, varios estudios encuentran que los maestros informan rutinariamente que

los niños con TDAH son más perturbadores que las niñas con TDAH, pese a que las madres informan rutinariamente que los niños y las niñas tienen niveles similares de conductas perturbadoras (Gershon 2002; Gaub y Carlson 1997).

Hartung *et al.* (2002) promediaron los reportes de los maestros y las madres sobre las conductas perturbadoras en una muestra de niños de escuelas primarias estadounidenses diagnosticados con TDAH, comparando los promedios entre niños y niñas. Al promediar, las madres reportaron que no había diferencias significativas entre niños y niñas, mientras que los maestros reportaron que los niños tenían casi el doble de nivel de conductas perturbadoras en comparación con las niñas. Esto lleva a preguntarnos: ¿quién tiene razón y quién está equivocado en su evaluación, los profesores o las madres? Podría ser que los profesores perciban a las niñas como menos disruptivas debido al *efecto halo*, mientras que perciban a los niños como más disruptivos debido a los estereotipos negativos de los varones comentados en el capítulo 1.

Para terminar esta sección del capítulo, vale la pena unir algunos hilos de las secciones anteriores. Se ha mencionado que tanto la industria farmacéutica como la psiquiátrica se benefician del concepto de TDAH de múltiples maneras. En este capítulo, se ha argumentado que los profesores también se benefician del constructo. Sin embargo, hay otro grupo de personas que se benefician del constructo TDAH, y esto incluye a los educadores especiales, los psicólogos educativos y el personal de apoyo asociado. De hecho, el concepto de TDAH ha dado lugar a toda una subindustria formada por personas cuyo empleo depende de

la consideración del comportamiento bullicioso y el bajo rendimiento como una enfermedad. Quienes trabajan en esta subindustria se benefician de este encuadre, al igual que los profesores de primaria y secundaria. En consecuencia, los profesores, pedagogos y profesionales afines pueden haber contribuido a la medicalización asociada al TDAH.

4.8.5 Personas con diagnóstico de TDAH

Diversos autores han argumentado que la medicalización de un rasgo o comportamiento puede aportar una serie de beneficios al grupo que se medicaliza. Por ejemplo, Conrad y Potter (2000) señalan que "un diagnóstico de TDAH sitúa a un individuo en la categoría más amplia de tener una 'discapacidad', lo que puede servir como puerta de entrada a posibles solicitudes de determinadas prestaciones y adaptaciones" (p.574). En virtud de la legislación, como la Americans with Disabilities Act (Ley de Estadounidenses con Discapacidades), un diagnóstico de enfermedad mental otorga el derecho a ajustes razonables en el lugar de trabajo y otros entornos. Los adultos con TDAH también pueden recibir prestaciones por discapacidad, las cuales pueden ser una fuente de seguridad económica.

En el contexto educativo, la posesión de un diagnóstico de TDAH puede dar lugar a la recepción de servicios especiales, así como a adaptaciones especiales para pruebas y exámenes, lo que puede ser especialmente importante en la educación secundaria y terciaria. Reflexionando sobre la copiosa literatura sobre el TDAH, Maturo (2013) señala que "en las competitivas univer-

sidades estadounidenses se puede presenciar el uso estratégico del diagnóstico de TDAH: los estudiantes utilizan psicoestimulantes para mejorar su rendimiento académico, [...] existen estudiantes que se hacen diagnosticar *estratégicamente*, exagerando sus síntomas" (pp.175-183). En consecuencia, la medicación psicoestimulante puede ayudar a mejorar el rendimiento académico y ofrecer a los estudiantes una ventaja competitiva sobre otros estudiantes.

Otro beneficio potencial está relacionado con lo que se ha denominado *excusa médica* (Halleck, 1971) o *desviación de la responsabilidad* (Conrad 1992). Esto se refiere al típico desplazamiento de la culpabilidad que se produce al enmarcar un comportamiento o rasgo como una enfermedad en lugar de una cuestión caracterológica. Este controvertido argumento implica que las personas con TDAH y las organizaciones de defensa asociadas (a menudo financiadas por empresas farmacéuticas) se coaligan para promover la medicalización del conjunto de conductas asociadas al TDAH, ya que esto proporciona a los individuos diagnosticados una serie de ventajas funcionales y sociales. Tales ventajas no existirían si este conjunto de comportamientos se enmarcara como un defecto idiosincrático o una falta de autodisciplina. Cabe destacar que este argumento enmarcado en el interés propio se ha aplicado principalmente a los estudiantes de nivel superior o a los adultos con TDAH. Los niños en edad escolar rara vez se autopresentan frente a los síntomas del TDAH y no suelen participar en organizaciones de defensa del trastorno. Por el contrario, pueden resistirse al etiquetado (y al estigma asociado) que conlleva un diagnóstico de TDAH y pueden estar menos dispuestos a participar en toda la infraestructura del TDAH (Ringer, 2020).

4.9 Control social

El control social es un aspecto que se repite en muchos de los factores descritos anteriormente que sustentan el proceso de medicalización. Los sociólogos llevan mucho tiempo argumentando que, para que una sociedad funcione, deben existir marcos morales compartidos, con el consiguiente control social y mecanismos disciplinarios para los *desviados* que transgreden los límites morales (Durkheim, 1984; Foucault, 1975). Históricamente, la religión ha proporcionado un marco moral, delimitando los comportamientos aceptables e inaceptables mediante conceptos como el *pecado*, la *maldad* y la *inmoralidad*. En países de cultura religiosa fuertemente arraigada como Irlanda, existían leyes estrictas y convenciones sociales sobre los comportamientos que contravenían los preceptos católicos romanos, como el aborto, la homosexualidad, el divorcio, la anticoncepción y las relaciones sexuales extramatrimoniales. Esto ha llevado a muchos estudiosos a concluir que la religión es un instrumento de *control social,* especialmente de los llamados comportamientos *desviados* con respecto a la normatividad social. Otro instrumento de control social ha sido tradicionalmente la familia nuclear. Más concretamente, el padre solía actuar como cabeza de familia, estableciendo límites de comportamiento para sus hijos e imponiendo la disciplina adecuada cuando se violaban dichos límites morales (Mansfield, 2006).

Es importante destacar que un amplio corpus de investigación indica el declive de la religión y el declive de las familias nucleares en las sociedades occidentales. Por ejemplo, las tasas de

asistencia a lugares de culto han descendido vertiginosamente, al igual que las tasas de creencia en Dios (Pew Research Center, 2015, 2019). Al mismo tiempo, las tasas de divorcio han aumentado drásticamente, alcanzando cifras alrededor del 40% en países como Canadá, Reino Unido y Estados Unidos (CDC 2020b; Statistics Canada 2020; Ghosh, 2019). Es importante destacar que las madres suelen *ganar* la custodia de los hijos después de un divorcio (*vid*. capítulo 9) y las cifras canadienses indican que la madre obtiene la custodia principal en más del 80% de los casos impugnados (Department of Justice Canada, 2000). Esto significa que cada vez más niños crecen sin la influencia de la religión o de un padre, lo que se traduce en que carecen de dos de los instrumentos tradicionales de control social.

Algunos sociólogos han argumentado que el declive de la religión y la familia nuclear ha dejado un vacío moral, el cual ha sido ocupado por la medicina. Según este argumento, la medicina (y más concretamente, la psiquiatría) se ha convertido en un instrumento de control social al delimitar los comportamientos aceptables (o normativos) y los inaceptables (o patológicos). Esto ha dado forma a perspectivas sociales más amplias, lo que significa que la psiquiatría puede dedicarse sin esfuerzo a la vigilancia e intervención de los individuos *desviados* que muestran un comportamiento inaceptable/patológico, con el apoyo del público para este esfuerzo (Conrad, 1992; Zola, 1972). Timimi y Taylor (2004) alegan que sus colegas psiquiatras a menudo "actúan como agentes de control social y aplacan la diversidad en los niños, estamos victimizando a millones de niños [...] al ponerlos bajo drogas altamente adictivas que no tienen ningún

beneficio comprobado a largo plazo" (p.8). Esto es coherente con las opiniones de Szasz (2006), otro psiquiatra que ha criticado la naturaleza expansionista de la psiquiatría, afirmando irónicamente que "la psiquiatría está siendo una rama del derecho en lugar de una rama de la medicina".

Bajo este argumento, los psiquiatras se transmutan en una fuente de autoridad moral y asumen las funciones disciplinarias que antes eran competencia de los sacerdotes, los padres y otros pilares locales del orden moral. En lugar de ejercer el control social a través de marcos morales de inspiración religiosa y acciones disciplinarias, podría decirse que la psiquiatría ejerce el control social frente al TDAH mediante tres pasos diferentes. En primer lugar, traza una línea entre el comportamiento normativo y el patológico, categorizando a los niños bulliciosos y animosos como enfermos mentales. En segundo lugar, se lleva a cabo una vigilancia médica para identificar a los que están en el lado equivocado de la línea, con la ayuda y la complicidad de los profesores y las madres abrumadas por el comportamiento de los niños. En tercer lugar, se actúa a través de la dispensación de medicamentos psicoestimulantes que controlan y reprimen los comportamientos problemáticos, sobre todo entre los chicos, que constituyen la mayor parte de los pacientes con TDAH. El argumento de que el TDAH implica la *medicalización de la infancia* es controvertido, pero hay que considerarlo seriamente dada la acumulación de evidencias.

4.10 Conclusión

El TDAH puede percibirse de dos maneras distintas. Desde un primer enfoque, puede percibirse como una enfermedad cerebral legítima que causa un grave deterioro psicosocial, sobre todo en los niños en edad escolar y que puede tratarse con una medicación psicoestimulante eficaz. Este enfoque suele ser favorecido por poderosas partes interesadas, como la industria psiquiátrica y la industria farmacéutica, las cuales se benefician de esta cuestión de diversas maneras. También puede ser la explicación preferida de las madres, ya que este argumento las absuelve de culpa y responsabilidad, y de los profesores, cuya labor profesional puede verse facilitada al contar con niños medicados en el aula.

Por otra parte, el TDAH puede percibirse como una categoría ficticia creada por el hombre, que implica la medicalización de un conjunto de comportamientos no normativos que han sido re-etiquetados como patológicos. A esto se le ha denominado como la *medicalización del mal comportamiento* (Searight y McLaren, 1998), la *medicalización del bajo rendimiento* (Conrad y Potter, 2000), o *la medicalización de la infancia* (Timimi, 2002). En el presente capítulo se ha contemplado la posibilidad de que, ciertamente, la cuestión represente la medicalización de la infancia. Esta medicalización puede conducir a la selección de niños bulliciosos y enérgicos en particular, cuyo tratamiento con potentes medicamentos psicoestimulantes puede ayudar a controlar y a refrenar cualquier comportamiento perturbador. Como se ha manifestado, estos procesos podrían estar relacionados con tendencias sociales subyacentes de mayor espectro como, el au-

mento de los hogares con madres solteras, el declive social de la religión y los cambios en la naturaleza del sistema educativo.

Muchos argumentos en torno al TDAH en los niños son controvertidos y las discusiones sobre este asunto continuarán, sin duda, con el paso del tiempo. Pero una cuestión es segura: cada vez son más la cantidad de chicos a los que se les diagnostica TDAH, y cada vez son más los que reciben medicación psicoestimulante. Si esto es va a representar, a medio y largo plazo, un fenómeno positivo o, por el contrario, negativo, sigue constituyendo un objeto de debate.

Referencias

Abikoff, H. B., Jensen, P. S., Arnold, L. E., Hoza, B., Hechtman, L., Pollack, S., Martin, D., Alvir, J., March, J. S., Hinshaw, S., Vitiello, B., Newcorn, J., Greiner, A., Cantwell, D. P., Conners, C. K., Elliott, G., Greenhill, L. L., Kraemer, H., Pelham, W. E., Jr., (…) y Wigal, T. (2002). Observed classroom behavior of children with ADHD: Relationship to gender and comorbidity. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30(4), 349-359. https://doi.org/10.1023/A:1015713807297

Acosta, M. T., Castellanos, F. X., Bolton, K. L., Balog, J. Z., Eagen, P., Nee, L., Jones, J., Palacio, L., Sarampote, C., Russell, H. F., Berg, K., Arcos-Burgos, M. y Muenke, M. (2008). Latent class subtyping of attention-deficit/hyperactivity disorder and comorbid conditions. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(7), 797-807.
https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e318173f70b

Agnew-Blais, J. C., Polanczyk, G. V., Danese, A., Wertz, J., Moffitt, T. E.y Arseneault, L. (2016). Evaluation of the persistence, remission, and emergence of attention-deficit/hyperactivity disorder in young adulthood. *JAMA Psychiatry*, 73(7), 713-720. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.0465.https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/2522750

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(7), 894-921. https://doi.org/10.1097/chi.0b013e318054e724

American Academy of Pediatrics' Subcommittee on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, Steering Committee on Quality Improvement and Management. (2019). ADHD: Clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Pediatrics*, 144(4), e20192528. https://doi.org/10.1542/peds.2019-2528.

American Psychiatric Association (APA). (2013). Substance-related and addictive disorders. In *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th edition). American Psychiatric Association.

Andersen, C. H., Thomsen, P. H., Nohr, E. A.y Lemcke, S. (2018). Maternal body mass index before pregnancy as a risk factor for ADHD and autism in children. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 27(2), 139-148. https://doi.org/10.1007/s00787-017-1027-6.

Ball, E. J., O'Connor, J., Abbott, R., Steinbeck, K. S., Davies, P. S., Wishart, C., Gaskin, K. J. y Baur, L. A. (2001). Total energy expenditure, body fatness, and physical activity in children aged 6–9 y. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 74(4), 524-528. https://doi.org/10.1093/ajcn/74.4.524

Barbaresi, W. J., Colligan, R. C., Weaver, A. L., Voigt, R. G., Killian, J. M. y Katusic, S. K. (2013). Mortality, ADHD, and psychosocial adversity in adults with childhood ADHD: A prospective study. *Pediatrics*, 131(4), 637-644. https://doi.org/10.1542/peds.2012-2354

Bauermeister, J. J., Shrout, P. E., Chávez, L., Rubio-Stipec, M., Ramírez, R., Padilla, L., Anderson, A., García, P. y Canino, G. (2007). ADHD and gender: Are risks and sequela of ADHD the same for boys and girls? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(8), 831-839. https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01750.x

Berman, S., Kuczenski, R., McCracken, J. y London, E. D. (2009). Potential adverse effects of amphetamine treatment on brain and behavior: A review. *Molecular Psychiatry, 14*, 123-142. https://doi.org/10.1038/mp.2008.90

Biederman, J., Faraone, S. V., Monuteaux, M. C., Bober, M. y Cadogen, E. (2004). Gender effects on attention-deficit/hyperactivity disorder in adults, revisited. *Biological Psychiatry*, 55(7), 692-700. https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2003.12.003

Biederman, J., Kwon, A., Aleardi, M., Chouinard, V.-A., Marino, T., Cole, H., Mick, E. y Faraone, S. V. (2005). Absence of gender effects on attention deficit hyperactivity disorder: Findings in nonreferred subjects. *The American Journal of Psychiatry*, 162(6), 1083-1089. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.6.1083

Biederman, J., Monuteaux, M. C., Mick, E., Spencer, T., Wilens, T. E., Silva, J. M., Synder, L. E. y Faraone, S. V. (2006). Young adult outcome of attention deficit hyperactivity disorder: A controlled 10-year follow-up study. *Psychological Medicine*, 36(2), 167-179. https://doi.org/10.1017/S0033291705006410

Bravo, M., Ribera, J., Rubio-Stipec, M., Canino, G., Shrout, P., Ramírez, R., Fábregas, L., Chavez, L., Alegría, M., Bauermeister, J. J. y Martínez Taboas, A. (2001). Test-retest reliability of the Spanish version of the Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC-IV). *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29(5), 433-444. https://doi.org/10.1023/A:1010499520090

Breggin, P. R. (1994). *Toxic psychiatry: Why therapy, empathy and love must replace the drugs, electroshock, and biochemical theories of the "new psychiatry"*. Macmillan.

Breggin, P. R. (1999). Psychostimulants in the treatment of children diagnosed with ADHD: Risks and mechanism of action. *International Journal of Risk & Safety in Medicine*, 12(1), 3-35.

Breggin, P. R. (2001). *Talking back to Ritalin: What doctors aren't telling you about stimulants and ADHD.* Da Capo Press.

Caci, H., Doepfner, M., Asherson, P., Donfrancesco, R., Faraone, S. V., Hervas, A. y Fitzgerald, M. (2014). Daily life impairments associated with self-reported childhood/adolescent attention-deficit/hyperactivity disorder and experiences of diagnosis and treatment: Results de the European Lifetime Impairment Survey. *European Psychiatry*, 29(5), 316-323. https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.10.007

Cantwell, D. P. (1996). Attention deficit disorder: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry,* 35(8), 978-987. https://doi.org/10.1097/00004583-199608000-00008

Carlat, D. J. (2010). *Unhinged: The trouble with psychiatry-A doctor's revelations about a profession in crisis.* Free Press.

Cascade, E., Kalali, A. H. y Wigal, S. B. (2010). Real-world data on: Attention deficit hyperactivity disorder medication side effects. *Psychiatry (Edgmont (Pa.: Township))*, 7(4), 13-15.

Castle, L., Aubert, R. E., Verbrugge, R. R., Khalid, M. y Epstein, R. S. (2007). Trends in medication treatment for ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 10(4), 335-342. https://doi.org/10.1177/1087054707299597

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2019). Health conditions among children under age 18, by selected characteristics: United States, average annual, selected years 1997-1999 through 2015-2017. *Centers for Disease Control and Prevention (CDC)*. Recuperado el 23/11/2020, de https://www.cdc.gov/nchs/data/hus/2018/012.pdf

Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2020a, September 21). *Treatment of ADHD.* Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Recuperado el November 23, 2020, de https://www.cdc.gov/ncbddd/adhd/treatment.html

Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2020b). *Marriage and divorce.* Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Recuperado el 23/11/2020, de https://www.cdc.gov/nchs/products/nvsr.htm

Chen, Q., Sjölander, A., Långström, N., Rodriguez, A., Serlachius, E., D'Onofrio, B. M., Lichtenstein, P. y Larsson, H. (2014). Maternal pre-pregnancy body mass index and offspring attention deficit hyperactivity disorder: A population-based cohort study using a sibling-comparison design. *International Journal of Epidemiology*, 43(1), 83-90. https://doi.org/10.1093/ije/dyt152

Conrad, P. (1992). Medicalization and social control. *Annual Review of Sociology*, 18, 209-232. https://doi.org/10.1146/annurev.so.18.080192.001233

Conrad, P. (2007). *The medicalization of society: On the transformation of human conditions into treatable disorders.* Johns Hopkins University Press.

Conrad, P. y Bergey, M. R. (2014). The impending globalization of ADHD: Notes on the expansion and growth of a medicalized disorder. *Social Science & Medicine (1982),* 122, 31-43. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.10.019

Conrad, P. y Potter, D. (2000). De hyperactive children to ADHD adults: Observations on the expansion of medical categories. *Social Problems,* 47(4), 559-582. https://doi.org/10.2307/3097135

Cortese, S., Adamo, N., Del Giovane, C., Mohr-Jensen, C., Hayes, A. J., Carucci, S., Atkinson, L. Z., Tessari, L., Banaschewski, T., Coghill, D., Hollis, C., Simonoff, E., Zuddas, A., Barbui, C., Purgato, M., Steinhausen, H.-C., Shokraneh, F., Xia, J. y Cipriani, A. (2018). Comparative efficacy and tolerability of medications for attention-deficit hyperactivity disorder in children, adolescents, and adults: A systematic review and network meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 5(9), 727-738. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30269-4

Cuffe, S. P., Moore, C. G. y McKeown, R. E. (2005). Prevalence and correlates of ADHD symptoms in the national health interview survey. *Journal of Attention Disorders*, 9(2), 392-401. https://doi.org/10.1177/1087054705280413

Dalsgaard, S. (2013). Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *European Child & Adolescent Psychiatry*, 22, 43-48. https://doi.org/10.1007/s00787-012-0360-z

Danielson, M. L., Bitsko, R. H., Ghandour, R. M., Holbrook, J. R., Kogan, M. D. y Blumberg, S. J. (2018). Prevalence of parent-reported ADHD diagnosis and associated treatment among U.S. children and adolescents, 2016. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology,* 47(2), 199-212. https://doi.org/10.1080/15374416.2017.1417860

Danielson, M. L., Visser, S. N., Gleason, M. M., Peacock, G., Claussen, A. H. y Blumberg, S. J. (2017). A national profile of attention-deficit hyperactivity disorder diagnosis and treatment among US children aged 2 to 5 years. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics,* 38(7), 455-464. https://doi.org/10.1097/DBP.0000000000000477

Department of Justice Canada (2000). *Selected statistics on Canadian families and family law: Second edition*. Department of Justice Canada. Recuperado el 12/11/2020, de https://www.justice.gc.ca/eng/rp-pr/fl-lf/famil/stat2000/index.html#a01

Derks, E., Hudziak, J. y Boomsma, D. (2007). Why more boys than girls with ADHD receive treatment: A study of Dutch twins. *Twin Research and Human Genetics,* 10(5), 765-770. https://doi.org/10.1375/twin.10.5.765

Dieleman, J. L., Baral, R., Birger, M., Bui, A. L., Bulchis, A., Chapin, A., Hamavid, H., Horst, C., Johnson, E. K., Joseph, J., Lavado, R., Lomsadze, L., Reynolds, A., Squires, E., Campbell, M., DeCenso, B., Dicker, D., Flaxman, A. D., Gabert, R., Highfill, T.,(…) y Murray, C. J. L. (2016). US spending on personal health care and public health, 1996-2013. *JAMA*, 316(24), 2627-2646. https://doi.org/10.1001/jama.2016.16885

Diller, L. H. (1999). Assessment of Adderall in ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(1), 2. https://doi.org/10.1097/00004583-199901000-00002

Dowrick, C. y Frances, A. (2013). Medicalising unhappiness: New classification of depression risks more patients being put on drug treatment de which they will not benefit. *BMJ*, 347, f7140. https://doi.org/10.1136/bmj.f7140

Durkheim, E. (1984). *The division of labor in society*. Macmillan.

Ebejer, J. L., Medland, S. E., van der Werf, J., Gondro, C., Henders, A. K., Lynskey, M., Martin, N. G. y Duffy, D. L. (2012). Attention deficit hyperactivity disorder in Australian adults: Prevalence, persistence, conduct problems and disadvantage. *PLOS ONE*, 7(10), e47404. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0047404

Eilertsen, E. M., Gjerde, L. C., Reichborn-Kjennerud, T., Ørstavik, R. E., Knudsen, G. P., Stoltenberg, C., Czajkowski, N., Røysamb, E., Kendler, K. S. y Ystrom, E. (2017). Maternal alcohol use during pregnancy and offspring attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): A prospective sibling control study. *International Journal of Epidemiology*, 46(5), 1633-1640. https://doi.org/10.1093/ije/dyx067

Engelhardt, H. T. (1974). The disease of masturbation: Values and the concept of disease. *Bulletin of the History of Medicine*, 48(2), 234-248.

Fleming, M., Fitton, C. A., Steiner, M. F., McLay, J. S., Clark, D., King, A., Mackay, D. F. y Pell, J. P. (2017). Educational and health outcomes of children treated for attention-deficit/hyperactivity disorder. *JAMA Pediatrics*, 171(7), e170691-e170691. https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2017.0691

Fletcher, J. M. (2014). The effects of childhood ADHD on adult labor market outcomes. *Health Economics*, 23(2), 159-181. https://doi.org/10.1002/hec.2907

Foucault, M. (1975). *Discipline and punish: The birth of the prison*. Pantheon Books.

Frances, A. (2014). *Saving normal: An insider's revolt against out-of-control psychiatric diagnosis, DSM-5, big pharma, and the medicalization of ordinary life.* William Morrow Paperbacks.

Gaub, M. y Carlson, C. L. (1997). Gender differences in ADHD: A meta-analysis and critical review. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(8), 1036-1045. https://doi.org/10.1097/00004583-199708000-00011

Gershon, J. (2002). A meta-analytic review of gender differences in ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 5(3), 143-154. https://doi.org/10.1177/108705470200500302

Ghosh, K. (2019, 29 de noviembre). *Divorces in England and Wales: 2018*. Office for National Statistics. Recuperado el 12/11/2020, de https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/divorce/bulletins/divorcesinenglandandwales/2018

Goodman, R. (2001). Psychometric properties of the strengths and difficulties questionnaire. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(11), 1337-1345. https://doi.org/10.1097/00004583-200111000-00015

Goran, M., Gower, B., Treuth, M. y Nagy, T. R. (1998). Prediction of intra-abdominal and subcutaneous abdominal adipose tissue in healthy pre-pubertal children. *International Journal of Obesity,* 22, 549-558. https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0800624

Graetz, B. W., Sawyer, M. G. y Baghurst, P. (2005). Gender differences among children with DSM-IV ADHD in Australia. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44(2), 159-168. https://doi.org/10.1097/00004583-200502000-00008

Groenman, A. P., Janssen, T. W. y Oosterlaan, J. (2017). Childhood psychiatric disorders as risk factor for subsequent substance abuse: a meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 56(7), 556-569. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.05.004

Halleck, S. L. (1971). *The politics of therapy*. Science House Inc.

Hartmann, T. (1993). *Attention deficit disorder: A different perception*. Underwood Books.

Hartung, C. M., Willcutt, E. G., Lahey, B. B., Pelham, W. E., Loney, J., Stein, M. A. y Keenan, K. (2002). Sex differences in young children who meet criteria for attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31(4), 453-464. https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3104_5

Hashmi, A. M., Imran, N., Ali, A. A. y Shah, A. A. (2017). Attention-deficit/hyperactivity disorder in adults: changes in diagnostic criteria in DSM-5. *Psychiatric Annals*, 47(6), 291-295. https://doi.org/10.3928/00485713-20170509-02

He, Y., Chen, J., Zhu, L.-H., Hua, L.-L. y Ke, F.-F. (2017). Maternal smoking during pregnancy and ADHD: Results de a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *Journal of Attention Disorders*, 24(12), 1637-1647. https://doi.org/10.1177/1087054717696766

Hennissen, L., Bakker, M. J., Banaschewski, T., Carucci, S., Coghill, D., Danckaerts, M., Dittmann, R. W., Hollis, C., Kovshoff, H., McCarthy, S., Nagy, P., Sonuga-Barke, E., Wong, I. C. K., Zuddas, A., Rosenthal, E. y Buitelaar, J. K. (2017). Cardiovascular effects of stimulant and non-stimulant medication for children and adolescents with ADHD: A systematic review and meta-analysis of trials of methylphenidate, amphetamines and atomoxetine. *CNS Drugs*, 31(3), 199-215. https://doi.org/10.1007/s40263-017-0410-7

Hinshaw, S. P., Scheffler, R. M., Fulton, B. D., Aase, H., Banaschewski, T., Cheng, W., Mattos, P., Holte, A., Levy, F., Sadeh, A., Sergeant, J. A., Taylor, E. y Weiss, M. D. (2011). International variation in treatment procedures for ADHD: Social context and recent trends. *Psychiatric Services*, 62(5), 459-464. https://doi.org/10.1176/ps.62.5.pss6205_0459

Hjern, A., Weitoft, G. y Lindblad, F. (2010). Social adversity predicts ADHD-medication in school children – a national cohort study. *Acta Pædiatrica*, 99(6), 920-924. https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2009.01638.x

Hoekzema, E., Carmona, S., Ramos-Quiroga, J. A., Canals, C., Moreno, A., Fernández, V. R., (...) y Vilarroya, O. (2014). Stimulant drugs trigger transient volumetric changes in the human ventral striatum. *Brain Structure and Function*, *219*(1), 23-34. https://doi.org/10.1007/s00429-012-0481-7

Horwitz, A. V. y Wakefield, J. C. (2007). *The loss of sadness: How psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder*. Oxford University Press.

Illich, I. (1976). *Medical nemesis*. Pantheon Books.

Jacklin, C. N., Maccoby, E. E., Doering, C. H. y King, D. R. (1984). Neonatal sex-steroid hormones and muscular strength of boys and girls in the first three years. *Developmental Psychobiology*, 17(3), 301-310. https://doi.org/10.1002/dev.420170309

Kessler, R. C., Adler, L. A., Barkley, R., Biederman, J., Conners, C. K., Faraone, S. V., Greenhill, L. L., Jaeger, S., Secnik, K., Spencer, T., Üstün, T. B. y Zaslavsky, A. M. (2005). Patterns and predictors of attention-deficit/hyperactivity disorder persistence into adulthood: results de the national comorbidity survey replication. *Biological Psychiatry*, 57(11), 1442-1451. https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2005.04.001

Knopf, H., Hölling, H., Huss, M. y Schlack, R. (2012). Prevalence, determinants and spectrum of attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) medication of children and adolescents in Germany: Results of the German Health Interview and Examination Survey (KiGGS). *BMJ Open*, 2(6), e000477. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2011-000477

Knopik, V. S., Heath, A. C., Jacob, T., Slutske, W. S., Bucholz, K. K., Madden, P. A., Waldron, M. y Martin, N. G. (2006). Maternal alcohol use disorder and offspring ADHD: Disentangling genetic and environmental effects using a children-of-twins design. *Psychological Medicine*, 36(10), 1461-1471. https://doi.org/10.1017/S0033291706007884

Langley, K., Rice, F., van den Bree, M. B. y Thapar, A. (2005). Maternal smoking during pregnancy as an environmental risk factor for attention deficit hyperactivity disorder behaviour. A review. *Minerva Pediatrica*, 57(6), 359–371.

Larsson, H., Sariaslan, A., Långström, N., D'Onofrio, B. y Lichtenstein, P. (2014). Family income in early childhood and subsequent attention deficit/hyperactivity disorder: A quasi-experimental study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55(5), 428-435. https://doi.org/10.1111/jcpp.12140

Lecendreux, M., Konofal, E. y Faraone, S. V. (2011). Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder and associated features among children in France. *Journal of Attention Disorders*, 15(6), 516-524. https://doi.org/10.1177/1087054710372491
LeFever, G. B., Villers, M. S., Morrow, A. L. y Vaughn, E. S., III (2002). Parental perceptions of adverse educational outcomes among children diagnosed and treated for ADHD: A call for improved school/provider collaboration. *Psychology in the Schools*, 39(1), 63-71. https://doi.org/10.1002/pits.10000
Loe, I. M. y Feldman, H. M. (2007). Academic and educational outcomes of children with ADHD. *Journal of Pediatric Psychology*, 32(6), 643-654. https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsl054
Malacrida, C. (2004). Medicalization, ambivalence and social control: Mothers' descriptions of educators and ADD/ADHD. *Health*, 8(1), 61-80. https://doi.org/10.1177/1363459304038795
Mansfield, H. C. (2006) Manliness. Yale University Press. New Haven, CT.
Martinez-Raga, J., Knecht, C., Szerman, N. y Martinez, M. I. (2013). Risk of serious cardiovascular problems with medications for attention-deficit hyperactivity disorder. *CNS Drugs*, 27(1), 15-30. https://doi.org/10.1007/s40263-012-0019-9
Maturo, A. (2013). The medicalization of education: ADHD, human enhancement and academic performance. *Italian Journal of Sociology of Education*, 5(3), 175-188. https://doi.org/10.14658/pupj-ijse-2013-3-10
McLanahan, S., Tach, L. y Schneider, D. (2013). The causal effects of father absence. *Annual Review of Sociology*, 39(1), 399-427. https://doi.org/10.1146/annurev-soc-071312-145704
Mick, E., Biederman, J., Faraone, S. V., Sayer, J. y Kleinman, S. (2002). Case-control study of attention-deficit hyperactivity disorder and maternal smoking, alcohol use, and drug use during pregnancy. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(4), 378-385. https://doi.org/10.1097/00004583-200204000-00009
National Institute for Health Care Excellence (NICE). (2018, March 18). *Attention deficit hyperactivity disorder: Diagnosis and management*. National Institute for Health Care Excellence (NICE). Recuperado el 23/11/2020, de https://www.nice.org.uk/guidance/ng87/chapter/Recommendations
Newcorn, J. H., Halperin, J. M., Healey, J. M., O'Brien, J. D., Pascualvaca, D. M., Wolf, L. E., Morganstein, A., Sharma, V. y Young, J. G. (1989). Are ADDH and ADHD the same or different? *Journal of the American*

Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 28(5), 734-738. https://doi.org/10.1097/00004583-198909000-00015

Novartis South Africa. (s.f.). *ADHD. What does that mean to you?* Novartis South Africa. Recuperado el 12/11/2020, de https://www.novartis.co.za/sites/www.novartis.co.za/files/10090-ADHD%20Ritalin%20Health%2024%20Landing%20Page_V6%20FA.pdf

Ouyang, L., Fang, X., Mercy, J., Perou, R. y Grosse, S. D. (2008). Attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and child maltreatment: A population-based study. *The Journal of Pediatrics*, 153(6), 851-856. https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2008.06.002

Peper, J. S., Brouwer, R. M., Schnack, H. G., van Baal, G. C., van Leeuwen, M., van den Berg, S. M., Delemarre-Van de Waal, H. A., Boomsma, D. I., Kahn, R. S. y Hulshoff Pol, H. E. (2009). Sex steroids and brain structure in pubertal boys and girls. *Psychoneuroendocrinology*, 34(3), 332-342. https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2008.09.012

Peralta, R. L. y Steele, J. L. (2010). Nonmedical prescription drug use among US college students at a Midwest university: A partial test of social learning theory. *Substance Use & Misuse*, 45(6), 865-887. https://doi.org/10.3109/10826080903443610

Pew Research Center (2015, November 3). *U.S. public becoming less religious*. Pew Research Center. Recuperado el 24/11/2020, de https://www.pewforum.org/2015/11/03/u-s-public-becoming-less-religious/

Pew Research Center (2019, 17 de octubre). In U.S., decline of Christianity continues at rapid pace. Pew Research Center. Recuperado el 24/11/2020, de https://www.pewforum.org/2019/10/17/in-u-s-decline-of-christianity-continues-at-rapid-pace/

Polanczyk, G., De Lima, M. S., Horta, B. L., Biederman, J. y Rohde, L. A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and metaregression analysis. *American Journal of Psychiatry*, 164(6), 942-948. https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.6.942

Ramtekkar, U. P., Reiersen, A. M., Todorov, A. A. y Todd, R. D. (2010). Sex and age differences in attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and diagnoses: Implications for DSM-V and ICD-11. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(3), 217-228. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2009.11.011

Rasmussen, K. y Levander, S. (2009). Untreated ADHD in adults: are there sex differences in symptoms, comorbidity, and impairment? *Journal of Attention Disorders*, 12(4), 353-360. https://doi.org/10.1177/1087054708314621

Ringer, N. (2020) Living with ADHD: A meta-synthesis review of qualitative research on children's experiences and understanding of their ADHD, *International Journal of Disability, Development and Education*, 67(2), 208-224. https://doi.org/10.1080/1034912X.2019.1596226

Rodriguez, A. y Bohlin, G. (2005). Are maternal smoking and stress during pregnancy related to ADHD symptoms in children? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(3), 246-254. https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.00359.x.

Rodriguez, A., Miettunen, J., Henriksen, T. B., Olsen, J., Obel, C., Taanila, A., Ebeling, H., Linnet, K. M. y Moilanen, I. y Järvelin, M.-R. (2008). Maternal adiposity prior to pregnancy is associated with ADHD symptoms in offspring: Evidence de three prospective pregnancy cohorts. *International Journal of Obesity (2005)*, 32(3), 550-557. https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0803741

Rowland, A. S., Skipper, B. J., Rabiner, D. L., Qeadan, F., Campbell, R. A., Naftel, A. J. y Umbach, D. M. (2018). Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): Interaction between socioeconomic status and parental history of ADHD determines prevalence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 59(3), 213-222. https://doi.org/10.1111/jcpp.12775

Rucklidge, J. J. (2010). Gender differences in attention-deficit/hyperactivity disorder. *The Psychiatric Clinics of North America*, 33(2), 357-373. https://doi.org/10.1016/j.psc.2010.01.006

Rucklidge, J. J., Brown, D. L., Crawford, S. y Kaplan, B. J. (2006). Retrospective reports of childhood trauma in adults with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 9(4), 631-641. https://doi.org/10.1177/1087054705283892

Russell, A. E., Ford, T., Williams, R. y Russell, G. (2016). The association between socioeconomic disadvantage and attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD): A systematic review. *Child Psychiatry & Human Development*, 47(3), 440-458. https://doi.org/10.1007/s10578-015-0578-3

Russell, G., Ford, T., Rosenberg, R. y Kelly, S. (2014). The association of attention deficit hyperactivity disorder with socioeconomic disadvantage: Alternative explanations and evidence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 55(5), 436-445. https://doi.org/10.1111/jcpp.12170

Sax, L. (2016). *Boys Adrift.* Basic Books. New York.

Sax, L. y Kautz, K. J. (2003). Who first suggests the diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder? *The Annals of Family Medicine*, *1*(3), 171-174. https://doi.org/10.1370/afm.3

Scheffler, R. M., Hinshaw, S. P., Modrek, S. y Levine, P. (2007). The global market for ADHD medications. *Health Affairs (Project Hope)*, 26(2), 450-457. https://doi.org/10.1377/hlthaff.26.2.450

Scott, S. (2006). The medicalisation of shyness: De social misfits to social fitness. *Sociology of Health & Illness*, 28(2), 133-153. https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2006.00485.x

Searight, H. R. y McLaren, A. L. (1998). Attention-deficit hyperactivity disorder: The medicalization of misbehavior. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings,* 5(4), 467-495. https://doi.org/10.1023/A:1026263012665

Singh, I. (2003). Boys will be boys: Fathers' perspectives on ADHD symptoms, diagnosis, and drug treatment. *Harvard Review of Psychiatry*, 11(6), 308-316. https://doi.org/10.1080/714044393

Singh, I. (2004). Doing their jobs: Mothering with Ritalin in a culture of mother-blame. *Social Science & Medicine*, 59(6), 1193-1205. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.01.011

Sinha, A., Lewis, O., Kumar, R., Yeruva, S. L. y Curry, B. H. (2016). Adult ADHD medications and their cardiovascular implications. *Case Reports in Cardiology*, 2016(8), 1-6. https://doi.org/10.1155/2016/2343691 Sommers, C. H. (2015). *The war against boys: How misguided feminism is harming our young men*. Simon and Schuster.

Statistics Canada (2020). Divorce rates, by year of marriage. *Statistics Canada*. Recuperado el 23/11/2020, de https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/en/tv.action?pid=3910002801

Stern, A., Agnew-Blais, J., Danese, A., Fisher, H. L., Jaffee, S. R., Matthews, T., Polanczyk, G. V. y Arsenault, L. (2018). Associations between abuse/neglect and ADHD de childhood to young adulthood: A prospective nationally-representative twin study. *Child Abuse & Neglect*, 81, 274-285. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.04.025

St Sauver, J. L., Barbaresi, W. J., Katusic, S. K., Colligan, R. C., Weaver, A. L. y Jacobsen, S. J. (2004). Early life risk factors for attention-deficit/hyperactivity disorder: A population-based cohort study. *Mayo Clinic Proceedings*, 79(9), 1124-1131.
https://doi.org/10.4065/79.9.1124

Szasz, T. S. (2006). Psychiatry: A branch of the law. *The Freeman*. https://fee.org/articles/psychiatry-a-branch-of-the-law/

Thomas, R., Sanders, S., Doust, J., Beller, E. y Glasziou, P. (2015). Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder: A systematic review and meta-analysis. *Pediatrics*, 135(4), e994-e1001. https://doi.org/10.1542/peds.2014-3482

Timimi, S. (2002). *Pathological child psychiatry and the medicalization of childhood*. Brunner-Routledge.

Timimi, S. y Taylor, E. (2004). ADHD is best understood as a cultural construct. *British Journal of Psychiatry,* 184(1), 8-9. https://doi.org/10.1192/bjp.184.1.8

Visser, S. N., Danielson, M. L., Bitsko, R. H., Holbrook, J. R., Kogan, M. D., Ghandour, R. M., Perou, R. y Blumberg, S. J. (2014). Trends in the parent-report of health care provider-diagnosed and medicated attention-deficit/hyperactivity disorder: United States, 2003-2011. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 53(1), 34-46. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.09.001

Visser, S. N., Danielson, M. L., Wolraich, M. L., Fox, M. H., Grosse, S. D., Valle, L. A., Holbrook, J. R., Claussen, A. H. y Peacock, G. (2016). Vital signs: National and state-specific patterns of attention deficit/hyperactivity disorder treatment among insured children aged 2-5 years - United States, 2008-2014. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 65, 443-450. https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6517e1

Wells J. C. (2007). Sexual dimorphism of body composition. *Best Practice & Research. Clinical Endocrinology & Metabolism*, 21(3), 415-430. https://doi.org/10.1016/j.beem.2007.04.007

Westover, A. N. y Halm, E. A. (2012). Do prescription stimulants increase the risk of adverse cardiovascular events?: A systematic review. *BMC Cardiovascular Disorders*, 12(1), 41. https://doi.org/10.1186/1471-2261-12-41

Whitaker, R. (2010). *Anatomy of an epidemic: Magic bullets, psychiatric drugs, and the astonishing rise of mental illness in America.* Crown Publishers/Random House.

Willcutt, E. G. (2012). The prevalence of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder: A meta-analytic review. *Neurotherapeutics*, 9(3), 490-499. https://doi.org/10.1007/s13311-012-0135-8

Zametkin, A. J. y Ernst, M. (1999). Problems in the management of attention-deficit-hyperactivity disorder. *New England Journal of Medicine*, 340(1), 40-46. https://doi.org/10.1056/NEJM199901073400107

Zimbardo, P. G. y Coulombe, N. (2016). *Man, interrupted: Why young men are struggling what we can do about it*. Red Wheel, Newburyport, MA.

Zito, J. M., Safer, D. J., de Jong-van den Berg, L. T. W., Janhsen, K., Fegert, J. M., Gardner, J. F., Glaeske, G. y Valluri, S. C. (2008). A three-country comparison of psychotropic medication prevalence in youth. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2(1), 26. https://doi.org/10.1186/1753-2000-2-26

Zola, I. K. (1972). Medicine as an institution of social control. *The Sociological Review*, 20(4), 487-504. https://doi.org/10.1111/j.1467-954X.1972.tb00220.x

Zuvekas, S. H. y Vitiello, B. (2012). Stimulant medication use in children: A 12-year perspective. *The American Journal of Psychiatry*, 169(2), 160-166. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.11030387

Capítulo 9
Lazos familiares: matrimonio, divorcio y salud mental de hombres y niños

Resumen

La categoría *hombres solteros* es un término genérico que incluye a los hombres que nunca han contraído nupcias, viudos, separados o divorciados. Las investigaciones indican que los hombres solteros presentan más problemas de salud mental que los casados, pero que los hombres divorciados y separados son los que corren mayor riesgo de sufrir incidencias adversas en materia de salud mental como el suicidio, los trastornos por consumo de sustancias y la depresión. Este riesgo es mayor que el observado en las mujeres divorciadas o separadas, lo que implica que el divorcio y la separación pueden devenir especialmente perjudiciales para los varones. Esta diferencia de género se ha atribuido a varios factores, como la separación de los hijos tras el divorcio, la disminución del apoyo social y la falta de servicios y apoyos institucionales para los hombres separados o divorciados. Además, la separación y el divorcio son acontecimientos vitales graves que pueden perjudicar la salud mental de los niños afectados, especialmente los varones. Los datos indican que los niños criados en familias sin padre corren el riesgo de sufrir resultados psicosociales adversos. Esto indica que la ausencia de la influencia masculina en el hogar puede ser perjudicial para la salud mental

de los hijos. Las tendencias sociales indican que un número considerable y creciente de personas que se divorcian y viven solas, a la vez que se ha producido un gran crecimiento de los hogares de madres solteras. Esto puede afectar negativamente a la salud mental de la comunidad.

Palabras clave: matrimonio, estado civil, custodia de los hijos, ausencia del padre, padres solteros, suicidio.

Un considerable corpus de investigación indica que los grandes *shocks* inesperados y los acontecimientos vitales repentinos tienen el potencial de impactar negativamente en el bienestar psicosocial y causar una importante confusión emocional (Paykel 2003; Brown y Harris, 1989). Esto es especialmente acentuado cuando estos acontecimientos vitales implican pérdidas, rupturas y graves trastornos para las partes implicadas (Brown *et al.,* 1995).

En la década de 1960, dos psiquiatras estadounidenses intentaron cuantificar la gravedad de distintos acontecimientos vitales graves, basándose en la consulta de las historias clínicas de más de 5.000 pacientes psiquiátricos (Holmes y Rahe, 1967). Esto los llevó a crear una escala de calificación de 43 acontecimientos vitales que podían causar malestar psicológico, conocida como *Social Readjustment Rating Scale*, o también como *Holmes-Rahe Life Stress Inventory*. Esta escala enumera 43 acontecimientos vitales, con los más graves de ellos posicionados en la parte superior y los menos graves en la inferior de aquella. Los tres acontecimientos vitales más graves identificados en esta escala son 1) la muerte

del cónyuge; 2) el divorcio; y 3) la separación matrimonial. Esta escala ha sido validada en diversos contextos distintos y todavía se considera un estándar de oro en la investigación del estrés psicológico (Scully *et al.,* 2000; Hobson *et al.,* 1998; Harmon *et al.,* 1970); indicando así que la viudez, el divorcio y la separación son acontecimientos vitales muy graves que pueden afectar muy negativamente a la salud mental, independientemente del entorno sociocultural.

En los años 80, el sociólogo británico Mike Bury enriqueció la teoría del estrés introduciendo el concepto de *ruptura biográfica* (Bury, 1982, 1991). Bury escribe que una ruptura biográfica es un tipo particular de acontecimiento grave e inesperado que puede:

1. Desbaratar las suposiciones y los comportamientos que se dan por sentados.
2. Llevar a un replanteamiento fundamental de la biografía y el autoconcepto de la persona.
3. Instigar una respuesta a la perturbación, que puede ser adaptativa o bien desadaptativa.

Si bien Bury acuñó originalmente el concepto en relación al contexto de la aparición de una enfermedad crónica, estudios más recientes han indicado que el divorcio, la separación y la viudez pueden causar rupturas biográficas, planteando intensos problemas psicosociales para las personas afectadas (Mattingly, 2021; Morgan y Burholt, 2020; Ketokivi, 2008; Blakeslee y Wallerstein, 2004).

Desde entonces, han existido una variedad de estudios empíricos que han venido examinando la asociación entre el estado civil y las incidencias en salud mental. Estos estudios se dividen en dos grandes categorías:

1. Los que evalúan el impacto en la salud mental del matrimonio, el divorcio, la separación y la viudez en los adultos afectados; y
2. los que evalúan el impacto en la salud mental de los niños afectados por el matrimonio, el divorcio y la separación.

La primera parte de este capítulo se centra en los adultos, mientras que la segunda parte se centra en los niños, con un enfoque en todo momento en la salud mental de los varones.

9.1 Estado civil y salud mental en adultos

Los estudios de investigación sobre el estado civil y la salud mental de los adultos se presentan de diversas formas. Algunos estudios implican comparaciones simples entre dos poblaciones amplias: 1) los casados; y 2) los no casados; mientras que otros estudios implican comparaciones a nivel de mayor detalle entre aquellos que nunca se casaron, los divorciados, los separados y los viudos. Algunos estudios se basan en las definiciones legales de matrimonio y divorcio, mientras que otros al objeto de captar unidades familiares afines los agrupan en: casados legalmente, parejas de hecho y relaciones de cohabitación. La mayoría de los estudios se centran en el

matrimonio heterosexual, mientras que unos pocos han examinado también el matrimonio homosexual. Algunos estudios escrutan en las asociaciones transversales sobre el estado civil y la salud mental, mientras que otros examinan los cambios longitudinales en las personas cuando pasan de un estado civil a otro.

Aunque las metodologías son diferentes, estos estudios convergen en un conjunto de conclusiones:

1. Pasar de la soltería al matrimonio confiere modestos beneficios para la salud mental.
2. Estar felizmente casado es modestamente beneficioso para la salud mental.
3. La viudez y el hecho de no haberse casado nunca son factores de riesgo leves para la salud mental adversa.
4. La separación y el divorcio son fuertes factores de riesgo de resultados adversos para la salud mental, incluyendo el suicidio, el uso de sustancias y la depresión.
5. La separación y el divorcio tienden a afectar negativamente a la salud mental tanto de los hombres como de las mujeres, pero pueden ser especialmente perjudiciales para la salud mental de los varones.

Dada la gran cantidad de investigaciones que examinan el estado civil, la disolución del matrimonio y la salud mental, la literatura se revisa en tres subsecciones separadas que se centran en diferentes incidencias de salud mental que han sido el foco de la investigación relacionada. Estas tres subsecciones son 1) la depresión; 2) el abuso de sustancias; y 3) el suicidio.

9.1.1 Depresión

Los datos sugieren que las personas solteras, separadas y divorciadas presentan mayores tasas de depresión que las casadas. Un estudio de cohorte realizado en EE. UU. con más de 2.000 personas de mediana edad observó que el 22% de los individuos que se habían separado o divorciado habían sufrido un trastorno depresivo mayor (TDM) en el último año, en comparación con el 8,4% de los que habían estado casados de forma continuada. Esto se traduce en un *odds* ratio ajustado de 2,29 (95% IC: 1,41-3,75) de TDM para los separados y divorciados, en comparación con los que estaban casados ininterrumpidamente (Sbarra *et al.* 2014). Este estudio no estratificó los resultados por sexo, ni por estado civil, aunque esta debilidad ha sido salvada por una variedad de otros estudios de diversos países.

Remes *et al.* (2019) realizaron un estudio de cohorte con más de 20.000 participantes en el Reino Unido, examinando la incidencia del TDM en hombres y mujeres. Este estudio halló TDM en el 1,7% de los hombres casados, en el 3,6% de los hombres nunca antes casados y el 6,3% de los hombres separados, divorciados o viudos. Las cifras análogas para las mujeres fueron del 2,7% para las casadas, el 2,4% para las que nunca se casaron antes y el 5,6% para las divorciadas, separadas o viudas. Esto se traduce en un *odds* ratio ajustado de 3,66 (95% IC: 2,53-5,28) de TDM para los hombres divorciados, separados o viudos en comparación con los casados. El *odds* ratio de TDM para los hombres nunca casados (en comparación con los casados) fue menos potente, con 1,46 (95% IC: 0,76-2,83). Estos *odds* ratio son de una magnitud mayor

que los *odds* ratio análogos de TDM para las mujeres, que son de 2,56 (95% IC: 2,00-3,27) para las mujeres divorciadas, separadas o viudas en comparación con las casadas. El *odds* ratio para las mujeres nunca casadas antes (en comparación con las casadas) fue de 0,93 (95% IC: 0,48-1,78). En consecuencia, este estudio halló 1) las tasas y el riesgo más elevados de TDM en los hombres divorciados, separados o viudos, y 2) que los hombres que nunca se habían casado antes tenían tasas más elevadas de TDM que las mujeres en igual circunstancia célibe. Todo ello implica que el divorcio, la separación y la soltería son un factor de riesgo mayor para el TDM en los hombres que en las mujeres.

Estos resultados son coherentes con estudios anteriores. Un estudio transversal de unas 35.000 personas de 15 países distintos observó que la depresión estaba significativamente asociada al divorcio, mientras que el matrimonio era un factor de protección (Scott *et al.,* 2010). Este mismo estudio halló que el *odds* ratio ajustado para la aparición del TDM era de 2,8 (95% IC: 1,8-3,0) para los hombres divorciados en comparación con los casados. El *odds* ratio ajustado análogo para la aparición del TDM en las mujeres divorciadas fue de 1,7 (95% IC: 1,5-2,0) en comparación con las mujeres casadas. Una vez más, el divorcio fue un factor de riesgo significativo para la depresión tanto en hombres como en mujeres, pero el riesgo se mostró mucho más elevado entre los hombres divorciados. Curiosamente, este estudio también halló que el *odds* ratio ajustado para la aparición del TDM era de 0,8 (95% IC: 0,6-0,9) para los hombres casados en comparación con los célibes, lo que demuestra que el matrimonio se mostró como protector para los hombres y que aquellos que nunca se habían

casado tenían un riesgo ligeramente mayor de sufrir una depresión mayor.

Del mismo modo, un estudio longitudinal canadiense de más de 15.000 adultos que participaron en la National Population Health Survey observó que los hombres cuyos matrimonios terminaban tenían un mayor riesgo de ser diagnosticados de depresión en comparación con sus compañeras (Rotermann, 2007). En este estudio, el *odds* ratio ajustado para la aparición de la depresión en los últimos dos años para los hombres separados o divorciados, en comparación con los hombres que continuaron casados, fue de 3,3 (95% IC: 1,7-6,5). Para las mujeres separadas o divorciadas, el *odds* ratio ajustado fue de 2,4 (95% IC: 1,6-3,5). Curiosamente, el subanálisis indicó que los hombres separados de sus hijos tras la disolución del matrimonio tenían un mayor riesgo de depresión que los hombres no separados (OR: 1,9; 95% IC: 0,9-4,2), mientras que los hombres cuyo apoyo social había disminuido también tenían un mayor riesgo que los hombres cuyo apoyo social no lo había hecho (OR: 2,3; 95% IC: 1,3-3,9). Este estudio confirma que los hombres divorciados y separados corren un riesgo especial, sobre todo los que están separados de sus hijos y experimentan una disminución del apoyo social.

Algunas investigaciones indican que los varones homosexuales solteros tienen mayores tasas de depresión que los hombres homosexuales legalmente casados. Un estudio a gran escala llevado a cabo en California examinó las tasas diferenciales de angustia psicológica según el estado civil. Evidenció que los hombres gais solteros tenían tasas más altas de depresión que los hombres gais casados (Wight *et al.,* 2012). Se trata de un hallazgo

importante, puesto que indica que el matrimonio confiere protección a la salud mental independientemente de la orientación sexual del individuo.

9.1.2 Abuso de sustancias

Un número creciente de investigaciones ha examinado la relación entre el estado civil y el consumo de sustancias. Una vez más, la investigación indica tasas más altas de consumo de sustancias entre los hombres solteros (en sentido amplio), en particular entre los hombres divorciados. Edwards *et al.* (2018) realizaron un análisis longitudinal con más de 650.000 suecos en el que encontraron altas tasas de inicio del consumo de drogas en ambos sexos después de un divorcio, con un *hazard* ratio global de 7,31 (95% IC: 6,91-7,74). En el caso de las mujeres, el *hazard* ratio fue de 6,80 (95% IC: 6,25-7,39), mientras que en el caso de los hombres el *hazard* ratio fue de 8,29 (95% IC: 7,65-8,97), lo que indica de nuevo que el divorcio puede tener un impacto ligeramente mayor en la salud mental de los hombres que de las mujeres. Este estudio también evaluó la asociación entre el inicio del abuso de drogas y la viudez, encontrando un *hazard* ratio de 5,27 (95% IC: 3,42-8,14) para las mujeres y de 4,22 (95% IC: 2,10-8,46) para los hombres, lo que implica que la viudez es un potente factor de riesgo para el abuso de drogas, pero es más débil que el divorcio, y afecta más a las mujeres que a los hombres.

Estos resultados coinciden con un estudio sueco similar de más de 900.000 individuos que examinó la aparición de trastornos por consumo de alcohol después de un divorcio. Se halló

un *hazard* ratio de 5,98 (95% IC: 5,65-6,33) para los hombres después de un divorcio, mientras que la viudez en los hombres mostró un *hazard* ratio de 3,85 (95% IC: 2,81-5,28) (Kendler *et al.,* 2017). En conjunto, los resultados combinados de estos dos estudios sugieren que la pérdida de un cónyuge por divorcio o viudez es perjudicial para la salud mental tanto de los hombres como de las mujeres; pero el divorcio es un factor de riesgo más potente que la viudez, y el divorcio es particularmente influyente para el abuso de sustancias en el caso de los varones.

Los resultados descritos anteriormente son coherentes con los estudios realizados en otros lugares. Compton *et al.* (2007), en una gran muestra representativa de más de 43.000 adultos estadounidenses, encontraron que los hombres presentaban un *odds* ratio de 2,6 (99 % IC: 2,0-3,3) para el trastorno por consumo de alcohol o drogas en el último año, en comparación con las mujeres. Este estudio también observó que, respecto del trastorno por consumo de alcohol o drogas en el último año, las personas que nunca se habían casado presentaban un *odds* ratio de 2,0 (99% IC: 1,5-2,7) en comparación con los casados. Por otra parte, los viudos, separados o divorciados presentaban un *odds* ratio de 2,6 (99 % IC: 1,8-3,7) en comparación con los casados. Esto sugiere que los solteros en sí tienen un mayor riesgo de padecer un trastorno por consumo de sustancias que los casados; los hombres viudos, separados y divorciados tienen un riesgo especial. Del mismo modo, otro estudio estadounidense con más de 8.000 participantes examinó el trastorno por consumo de alcohol en el último año, y encontró que todas las personas divorciadas o separadas tenían un *odds* ratio ajustado de 1,7 (95% IC: 0,89-3,28)

en comparación con todas las personas casadas, mientras que los hombres tenían un *odds* ratio ajustado de 5,86 (95% IC: 3,50-9,82) en comparación con las mujeres, lo que también significa que los hombres divorciados y separados pueden estar en mayor riesgo que otros grupos demográficos (Lin *et al.,* 2012).

9.1.3 Suicidio

Un hallazgo sólido en toda la literatura sobre el suicidio es que los hombres divorciados o separados tienen un mayor riesgo de suicidio en comparación con 1) las mujeres divorciadas o separadas; 2) los hombres casados; y 3) otras categorías de hombres solteros como los viudos y los siempre célibes (Evans *et al.,*2016; Payne *et al.,*2008).

Un estudio reciente de los datos del US National Longitudinal Mortality Study de EE. UU. a gran escala, compuesto por 1,38 millones de personas, examinó la relación entre el suicidio y varios tipos de estado civil (Kposowa *et al.,* 2020). Este estudio halló que los individuos divorciados tenían un riesgo relativo ajustado de suicidio de 1,97 (95% IC: 1,71-2,23) en comparación con los individuos casados. Este indicador se mostró más alto que la tasa de individuos separados, que mostraban un riesgo relativo ajustado de 1,52 (95% IC: 1,13-2,04), que a su vez era más alto que el riesgo relativo ajustado de 1,34 (95% IC: 1,17-1,54) para los solteros desde siempre célibes. Es decir, este estudio reveló que todas las categorías de *no casados* tenían un riesgo de suicidio significativamente mayor que los casados, pero que, existía un gradiente de efecto, siendo los divorciados

los que tenían el mayor riesgo, seguidos por los separados y luego los que nunca se habían casados. Es importante destacar que este estudio estratificó por género, encontrando que los hombres divorciados y separados tenían un riesgo relativo de suicidio dos veces mayor (RR ajustado: 2,01; 95% IC: 1,73-2,38) en comparación con los hombres casados, mientras que las mujeres divorciadas y separadas tenían un riesgo relativo ajustado menos acentuado de 1,46 en comparación con las mujeres casadas (95% IC: 1,10-1,95).

Estos resultados son coherentes con análisis de ciclos anteriores de esta encuesta longitudinal. Por ejemplo, Kposowa (2000) halló que los hombres divorciados tenían más de 2 veces mayor probabilidad de morir por suicidio en comparación con los hombres casados (RR: 2,08; 95% IC: 1,58-2,72), y que los hombres divorciados también tenían tasas significativamente más altas que los hombres viudos y los célibes. En este estudio, las tasas de suicidio de los hombres viudos y solteros fueron mucho más bajas que las de los hombres divorciados, y no se mostraron significativamente diferentes de las tasas de los hombres casados. En otro análisis, Kposowa (2003) comparó directamente las tasas entre hombres divorciados y mujeres divorciadas y observó que los hombres divorciados tenían un riesgo relativo de suicidio más de 8 veces superior al de las mujeres divorciadas (RR: 8,36; 95% IC: 4,24-16,38). En otras palabras, esta serie de análisis de un estudio longitudinal estadounidense a gran escala evidenció que el divorcio y la separación son factores de riesgo de suicidio tanto para los hombres como para las mujeres, pero el riesgo era drásticamente mayor entre los hombres divorciados.

Estos resultados coinciden con los hallazgos de otros lugares. Un estudio de cohorte nacional a gran escala de suicidios consumados de Suecia, observó que los hombres solteros tenían casi el doble de probabilidades de suicidarse en comparación con los hombres casados (HR: 1,97; 95% IC: 1,85-2,10); y significativamente más probabilidades de suicidarse en comparación con las mujeres solteras, con las tasas más altas entre los hombres divorciados (Crump *et al.,* 2014). Este estudio también encontró que los hombres divorciados tenían la mayor tasa de suicidio de todos los subgrupos de hombres solteros, mientras que los hombres viudos tenían la menor tasa de suicidio. Curiosamente, los países europeos con mayores tasas de divorcio tienden a tener mayores tasas de suicidio masculino. Por ejemplo, Lituania tiene la tasa de mortalidad por suicidio más elevada de todos los países de la UE, y en ese país, los hombres mueren por suicidio a un ritmo casi seis veces superior al de las mujeres (Eurostat, 2020a). También tiene una de las tasas de divorcio más altas, lo que demuestra una asociación entre el divorcio y el suicidio masculino (Eurostat, 2020b).

Para concluir esta sección, otros estudios han realizado amplias comparaciones entre las dos categorías generales de *soltero* y *casado*, indicando que los hombres solteros, en sí tienen un mayor riesgo de suicidio en comparación con los casados. Un estudio danés de casos y controles a gran escala encontró que el riesgo relativo de suicidio ajustado a la edad de los hombres solteros era más del doble que el de los hombres casados o que cohabitan (OR: 2,59; 95% IC: 2,18-3,09) y significativamente mayor que la tasa de suicidio de las mujeres solteras (Qin

et al., 2000). Asimismo, un estudio a gran escala realizado en EE. UU. con datos del National Center for Health Statistics señala que los hombres solteros de entre 40 y 60 años tenían 3,5 veces más probabilidades de morir por suicidio en comparación con los hombres casados de la misma edad; con tasas notablemente más altas para los hombres solteros en comparación con las mujeres solteras (Phillips *et al.,* 2010). Del mismo modo, otro estudio estadounidense a gran escala mostró *hazard* ratios que demostraban que los hombres solteros de entre 40 y 75 años tenían un riesgo de suicidio dos veces mayor en comparación con los hombres casados del mismo grupo de edad (Tsai *et al.,* 2014).

En conclusión, los datos de varias encuestas y de varios países que utilizan diversas metodologías indicaron que los hombres solteros en sí tienen un riesgo elevado de suicidio en comparación con los hombres casados y esto es más pronunciado entre los hombres divorciados y (en un grado ligeramente menor) separados.

9.1.4 El impacto psicosocial del divorcio en los hombres

A la vista del análisis anterior, un gran número de estudios indican que la separación y el divorcio se asocian a una disminución sustancial de la salud mental. En un reciente artículo de recensión se afirma que las pruebas científicas apuntan al "estado perjudicial del divorcio y la viudez o al estresante periodo de transición del estado de casado al de soltero, más que al estado ventajoso del matrimonio" (Umberson *et al.,* 2013). Es decir, la disolución de la relación conyugal produce sus propios factores de estrés que pueden afectar

a la salud mental y las investigaciones indican que el divorcio puede precipitar una crisis aguda a corto plazo, así como una tensión crónica a largo plazo (Amato 2000; Felix *et al.,* 2013).

Cabe destacar que varios elementos de la literatura de investigación indican que la experiencia psicosocial del divorcio puede ser particularmente dolorosa para los hombres, actuando como un estresor agudo con consecuencias crónicas. Esto podría deberse a una serie de factores relacionados. En primer lugar, los datos indican que alrededor del 70% de los divorcios son iniciados por la esposa, lo que significa que el divorcio puede ser el tipo de evento vital impactante y no deseado para el marido, que se ha identificado como un factor de riesgo para la salud mental adversa (Affleck *et al.*, 2018a). Esto significa que el marido a menudo debe luchar para movilizar sus recursos psicológicos, sociales y financieros para hacer frente a esta interrupción biográfica repentina y no planificada. Muchos hombres, en particular los de bajos ingresos que carecen de educación secundaria (*vid.* capítulo 7) pueden carecer de estos recursos, lo que puede provocar trastornos emocionales, tensión financiera y angustia psicológica (Rotermann, 2007; McManus y DiPrete, 2001). En Amato (2000) se señala que la angustia psicológica tiende a ser menor en el cónyuge que inició el divorcio. Esto puede ayudar a explicar el mayor riesgo de salud mental adversa en los hombres divorciados en comparación con las mujeres divorciadas.

En segundo lugar, es más probable que las mujeres mantengan redes de amistad y de familia extensa más amplias cuando están casadas, mientras que los hombres tienden a depender de su

pareja (y de sus redes) para obtener apoyo social (Kalmijn, 2003; Alexander, 2001). Esto significa que los hombres tienden a experimentar una disminución más intensa del apoyo social después de un divorcio, ya que puede haber una caída significativa en la interacción social con 1) su cónyuge; 2) la familia y los amigos de ella; 3) los vecinos, especialmente si el hombre tiene que trasladarse; 4) otros padres del colegio de los hijos, ya que la custodia judicial tiende a ser otorgada a la madre, disminuyendo así las interacciones del tipo *puerta de la escuela*; y 5) los amigos comunes, que pueden estigmatizar y estereotipar a un hombre mayor recién separado y soltero (*vid.* capítulo 1).

El mencionado estudio de Rotermann (2007) observó que los hombres informaron de una caída del 19% en el apoyo social después de un divorcio, mientras que las mujeres informaron de una caída del 11%, lo que significa que los hombres experimentan casi el doble de déficit de apoyo social después del divorcio en comparación con las mujeres. Esta falta de red de seguridad social puede dejar a los hombres separados y divorciados solos y aislados precisamente cuando más necesitan el apoyo social (Wyllie *et al.,* 2012; Houle *et al.,* 2008; Rotermann, 2007). Esta pérdida también puede reducir la relación con la familia y los amigos, los cuales ayudan y promueven los comportamientos de los hombres relacionados con el cuidado de la salud, como el ejercicio físico, el consumo de alcohol, la dieta y otras variables. Cabe destacar que el apoyo social se ha asociado sistemáticamente a una buena salud mental, mientras que la falta de apoyo social se ha asociado a una salud mental frágil (Whitley y McKenzie, 2005; Kawachi y Berkman, 2001).

Esta disminución en el apoyo social contribuye a explicar aún más la peor salud mental de los hombres divorciados en comparación con las mujeres divorciadas.

En tercer lugar, los padres suelen ser separados arbitrariamente de sus hijos después de un divorcio, ya que más del 80% de los progenitores que ostentan la custodia en los Estados Unidos y Canadá son las madres (Grall, 2016; Department of Justice Canada, 2000). El mencionado estudio de Rotermann (2007) encontró que el 34% de los hombres divorciados experimentaron una pérdida de sus hijos en su hogar tras el divorcio, en comparación con solo el 3% de las mujeres divorciadas, mientras que solo el 16% de los hombres divorciados permanecieron con sus hijos, en comparación con el 56% de las mujeres. Esta fue también la conclusión de una importante revisión bibliográfica, en la que se señalaba que "el divorcio puede ser especialmente devastador para los hombres porque son ellos los que principalmente pierden su hogar, sus hijos y su familia" (Payne *et al.,* 2008, p.30). Esta separación de los hijos puede ser especialmente dolorosa para los hombres afectados, ya que provoca un enorme vacío y una sensación de pérdida que puede generar vergüenza, culpa, dolor, sensación de fracaso y malestar psicológico (Blakeslee y Wallerstein, 2004; Bartlett, 2004; Stack, 2000). Esta experiencia puede representar un duelo vivo para los hombres implicados y una causa de gran desesperación mental.

En cuarto lugar, las pruebas sugieren que los hombres tienden a informar de una experiencia negativa y altamente estresante dentro del sistema judicial de familia, con una percepción común de que dichos tribunales marginan la participación del padre en

las responsabilidades de crianza de los hijos, sin reconocer debidamente el valor de las relaciones padre-hijo (Barry y Liddon, 2020; Felix *et al.,* 2013). Esta experiencia puede llevar a los hombres a experimentar una pérdida de fe en la sociedad en su conjunto, especialmente cuando los tribunales no garantizan que el padre y los hijos pasen una cantidad significativa de tiempo juntos, y en su lugar y habitualmente exigen importantes pagos de manutención que pueden conducir a una grave disminución del nivel de vida (Shiner *et al.,* 2009; McManus y DiPrete, 2001). Struszczyk *et al.* (2017) señalan que la separación de los hijos ha sido citada como causa principal de suicidio masculino en muchas investigaciones forenses, mientras que Kposowa (2003, p.993) afirma que "al final, el padre no solo pierde su matrimonio, sino también a sus hijos [...] que la asociación observada entre el divorcio y el suicidio en los hombres sea el impacto de los acuerdos (sancionados por los tribunales) posteriores al divorcio". Como se ha dicho, esto puede ser especialmente doloroso para estos hombres, normalmente de mediana edad.

En quinto lugar, el divorcio suele ir acompañado de sentimientos de vergüenza y estigmatización, que pueden ser especialmente intensos en países o subculturas religiosas o más tradicionales. En el proceso de divorcio, muchos hombres no solo pierden su hogar, sus ahorros y sus hijos, sino también su reputación de *padre de familia* y de sustentador competente. Como se indicó en el capítulo 8, esta condición de *sostén de familia fracasado* puede ser especialmente perjudicial para los hombres con familia; y los hombres divorciados o separados pueden tener ahora la responsabilidad económica de dos hogares: el suyo propio y el de su

excónyuge e hijos. Esta carga puede poner límites inaceptables e intolerables a los recursos económicos y psicosociales del hombre.

En consecuencia, la separación y el divorcio precipitan una cadena de acontecimientos que pueden conducir a problemas financieros, legales y psicosociales a corto y largo plazo que pueden ser muy perjudiciales para la salud mental (Sbarra *et al.,* 2019). Como se ha señalado anteriormente, estos pueden ser especialmente graves para el caso de los varones.

9.1.5 El estrés psicosocial de los hombres solteros

Los datos de la investigación muestran indudablemente que los hombres separados y divorciados presentan el mayor riesgo de entre todas las subcategorías agrupadas en la genérica de *hombres solteros*. Sin embargo, los datos de la investigación también muestran que los hombres solteros nunca casados antes también tienden a tener una salud mental ligeramente (aunque significativamente) peor que los hombres casados. Este hallazgo puede atribuirse en parte a la naturaleza protectora del matrimonio, en la medida en que este tiende a proporcionar 1) apoyo emocional e integración social; 2) estabilidad económica y mayores recursos financieros; y 3) un sentido y propósito vital (Lodge y Umberson, 2014; Umberson *et al.,* 2013). Además, las parejas casadas suelen vigilar y moderar los comportamientos relacionados con la salud mental del otro, lo que incluye la reducción de comportamientos de riesgo, como el consumo de sustancias y el fomento de comportamientos saludables, como el ejercicio físico (Felix *et al.,*2013).

Los hombres solteros nunca casados pueden no haber experimentado el dolor del divorcio y la separación, pero carecerán de los beneficios protectores del matrimonio descritos anteriormente. Esto puede ser particularmente intenso para los hombres jóvenes solteros ya que investigaciones recientes indican altos índices de soledad en este grupo demográfico. Una reciente encuesta global con más de 43.000 participantes de 237 jurisdicciones (países, islas y territorios) halló que los hombres jóvenes tenían las tasas más altas de soledad de todos los grupos demográficos encuestados (Barreto *et al.,* 2021), y este hallazgo es consistente con las encuestas operadas en un país solo. Una encuesta reciente en Estados Unidos con más de 1.000 adultos observó que uno de cada tres hombres jóvenes manifestó que siempre o a menudo se sentía solo y más de una cuarta parte opinó que no tenía amigos cercanos. Estas tasas eran más elevadas que las que presentaron las mujeres (YouGov, 2019). Del mismo modo, una encuesta canadiense encontró que el 63% de los hombres canadienses de 18 a 34 años experimentaban una soledad y un aislamiento considerables, en comparación con el 53% de las mujeres de edad similar (Angus Reid Institute, 2020). Cabe destacar que la soledad es un factor de riesgo probado para una serie de problemas de salud mental como el suicidio, la depresión y el abuso de sustancias (Wang *et al.,* 2018; Beutel *et al.,* 2017; Alpass y Neville, 2003).

Existen evidencias que indican que las personas solteras pueden enfrentarse a estigmas y estereotipos perjudiciales cuando intentan integrarse en la sociedad: un fenómeno conocido como *singlismo* (Morris *et al.,* 2008). Esto puede ser especialmente im-

portante en el caso de los hombres solteros, que pueden recibir el estereotipo de villano/agresor masculino del que se habla en el capítulo 1. Dichos estereotipos se encarnan en personajes arquetípicos de ficción como Svengali, Don Juan, y Lothario, los cuales representan a los hombres solteros como una amenaza indómita y corruptora para el orden social de la sociedad civilizada (DePaulo, 2007; Byrne y Carr, 2005).

Es importante destacar que estos estereotipos pueden manifestarse en políticas y procedimientos sociales que excluyen y demonizan a los hombres solos. Uno de los casos más ilustrativos y bien documentados de este fenómeno es la política común de las aerolíneas que prohíbe a los pasajeros masculinos solitarios sentarse junto a un menor no acompañado; se les solicita que intercambien sus asientos con una pasajera, por temor a la pedofilia. Aunque muy pocos hombres experimentan la humillación de que se les pida que cambien de asiento en la aerolínea, esta política sexista es indicativa de la sospecha social más amplia dirigida a los hombres solteros. Incluso el primer ministro británico, Boris Johnson, ha reconocido el daño que pueden producir de este tipo de estereotipos, después de que se le pidiera que cambiara de asiento en un avión en 2006 (Johnson, 2006).

Otros ejemplos de estos estereotipos se trataron en el capítulo 7, señalando que algunas instituciones educativas a veces presentan a todos los jóvenes solteros como brutos y violadores en potencia, lo que supone un descalificación grave e injusta para los hombres (Whitley, 2020). Estos estereotipos también pueden contribuir a la arbitrariedad en las decisiones judiciales de los tri-

bunales de familia, que suelen desfavorecer a los padres solteros, quienes solo obtienen la custodia de los hijos en alrededor del 20% de los casos[131]. Esto podría estar relacionado con los estereotipos negativos analizados ya en detalle en el capítulo 1, los cuales alimentan la sospecha sobre las intenciones y capacidades de los hombres solteros, lo que a su vez a modo de bucle retroalimenta los estigmas duraderos (y sexistas) de que los padres solteros no son aptos para criar a los hijos.

Es difícil cuantificar el efecto combinado de todos estos estigmas y estereotipos dirigidos a los hombres solteros, y esto no ha sido objeto de investigación. La bibliografía general indica que el estigma puede actuar para disuadir la participación en organizaciones comunitarias como iglesias, clubes deportivos y otras instituciones de la sociedad civil. Los hombres solteros, en particular, pueden ser conscientes de que los demás los enmarcarán en términos poco halagüeños y les preocupa el motivo y la amenaza percibida. Todo esto puede combinarse para exacerbar la soledad y la exclusión social y empeorar la salud mental.

131 NdT.: El dato indicado hace referencia al caso de Canadá. En España, en las separaciones conyugales con hijos que derivan contenciosos judiciales del ámbito de familia, a los padres varones únicamente se les otorgó en 2019 el 7% de las custodias de los hijos, mientras que a las madres se les otorgó el 70% de estas. Asimismo, la custodia compartida entre ambos progenitores fue otorgada en el 22% de los casos. Se ha tomado el dato del año 2019, para evitar la distorsión estadística producida por el periodo pandémico del COVID-19. (Instituto Nacional de Estadística, 2022).

9.1.6 ¿Una teoría unificadora? Durkheim y la integración social

Los datos, en su conjunto, sugieren que los hombres solteros corren un mayor riesgo de padecer trastornos psicológicos que los casados y que de entre ellos, los separados y divorciados son los que presentan un mayor riesgo. Un factor subyacente que explica estas elevadas tasas puede ser una experiencia común de *alienación social* en estos hombres, caracterizada por una disminución del sentido y el propósito de la vida, que a su vez puede debilitar las *razones para vivir* primarias (Kleiman y Beaver, 2013; Rodgers, 2011; Stack, 2000). La investigación sobre este tema ha tendido a centrarse en el concepto sociológico de *integración social*, o la falta de ella.

Es importante destacar que la familia nuclear sigue siendo uno de los principales ámbitos de integración social de los hombres adultos en todo el mundo, luego la desintegración de aquella puede tener un efecto especialmente pernicioso en la salud mental del varón. La conclusión clave de la famosa obra de Durkheim *Suicidio: A Study in Sociology* indicó que la integración social era el factor subyacente fundamental que explicaba las pautas diferenciales de suicidio en la Europa del siglo XIX. Durkheim observó que grupos como los hombres solteros y las mujeres sin hijos tenían mayores tasas de suicidio, que se atribuían a la falta de integración social. Del mismo modo, observó que los individuos católicos romanos y los judíos tenían tasas de suicidio más bajas que los protestantes, argumentando que esto se debía a que el protestantismo era una visión del mundo más individualista y menos cohesionada socialmente que el catolicismo o el judaísmo (Durkheim, 1897).

Esto le llevó a acuñar términos como 1) el *suicidio egoísta*, que se refiere a los suicidios de personas que carecen de conexiones sociales significativas y de integración social; y 2) el *suicidio anómico*, que se refiere a los suicidios de personas desorientadas por la dramática agitación social, económica o política.

Estas conceptualizaciones han sido utilizadas por muchos investigadores contemporáneos. Por ejemplo, la teoría del suicidio egoísta se ha utilizado para explicar las mayores tasas de suicidio en hombres divorciados (Rossow, 1993). El papel del significado y el propósito es fundamental en estas interpretaciones durkheimianas del suicidio. Por ejemplo, numerosas investigaciones indican que los hombres tienden a encontrar una cantidad significativa de significado existencial de sus roles de protector y proveedor del sustento familiar, como se comentó con mayor detalle en el capítulo 8 (Alston, 2012; Oliffe *et al.,* 2011; Dyke y Murphy, 2006). Esto puede ser una poderosa fuente de orgullo y propósito y el incumplimiento de estos roles puede dejar a los hombres avergonzados y estigmatizados a los ojos de ellos mismos, de su familia y de la sociedad en general, lo que puede afectar negativamente a la integración social, familiar e intrapsíquica (Affleck *et al.,* 2018b). Este fracaso puede verse agravado por la disminución del apoyo social de otras personas ajenas a la familia tras la separación o el divorcio, lo que puede significar y profundizar en la desintegración social, que a su vez puede aumentar el riesgo de suicidio para los varones.

Del mismo modo, algunos hombres que nunca se han casado pueden sentirse socialmente alejados debido a los estigmas y estereotipos descritos anteriormente asociados a los hombres

solteros. Otros pueden considerar su soltería como un fracaso, especialmente si aspiran a formar parte de una familia nuclear con esposa e hijos. Esto puede ocurrir especialmente en subculturas o comunidades en las que el matrimonio y la maternidad son la norma en determinados tramos de edad, lo que conlleva que los hombres solteros sean estadísticamente *anormales*. Todo esto puede exacerbar el estigma y los estereotipos antes mencionados y empeorar la salud mental en estos grupos demográficos.

9.1.7 El panorama general: ¿un empeoramiento de la situación?

La literatura descrita anteriormente indica que la separación y el divorcio pueden dañar la salud mental de hombres y mujeres, y que pueden ser especialmente perjudiciales para la salud mental de los hombres. Del mismo modo, la literatura indica que los varones solteros que nunca se han casado tienden a experimentar un riesgo ligeramente mayor de incidencias adversas para la salud mental en comparación con los hombres casados. Estos resultados plantean varias preguntas en relación con un contexto social más amplio: ¿está aumentando la tasa de divorcios?, ¿están disminuyendo las tasas de matrimonio?, ¿y el porcentaje de personas que viven solas? Es decir, ¿cuán comunes son los factores de riesgo y de protección identificados anteriormente y están siendo más o menos frecuentes con el tiempo? Esto requiere un análisis de las tendencias sociales y demográficas, que se resumen a continuación.

Un amplio corpus de investigaciones en las países occidentales, las cuales examinan las tendencias de las últimas décadas

indica 1) un descenso de las tasas de matrimonio; 2) un aumento de la tasa de divorcio; 3) un incremento de los hogares unipersonales; 4) un descenso de las tasas de fertilidad; y 5) una edad media más tardía del primer matrimonio y del nacimiento del primer hijo. Se trata de un cambio significativo con respecto al pasado reciente, que se caracterizaba por la longevidad nupcial, las bajas tasas de divorcio y una menor edad media al contraer matrimonio y al nacimiento del primer hijo. Este cambio ha sido etiquetado como la *segunda transición demográfica* y se ha relacionado con varios factores: la nueva legislación, como las leyes de divorcio sin culpa, los avances científicos como la píldora anticonceptiva, el mayor empoderamiento de las mujeres, la creciente individualización y otros factores relacionados con la revolución sexual y cultural en curso que comenzó en la década de 1960 (Putnam, 2000; Lesthaeghe, 1995; van de Kaa, 1987).

En cuanto al matrimonio, las cifras de la OCDE indican que las tasas han disminuido en torno al 25-50% entre 1970 y 2017 en los principales países adscritos, incluidos el Reino Unido, Estados Unidos y Australia (OCDE, 2019a). En Canadá, las cifras indican que la población casada es ahora la minoría de los adultos, con un 46% de la población adulta legalmente casada, mientras que el 54% no estaba casado en 2011 (Milán, 2013). Esto representa una inversión en las proporciones desde 1981, cuando el 61% de la población adulta estaba casada, mientras que el 39% estaba soltera. Del mismo modo, las estadísticas de Estados Unidos indican que solo el 49% de los adultos viven con un cónyuge en matrimonio legal (United States Census Bureau, 2019a), mientras que el 12% de los adultos están divorciados o

separados, y el 32% nunca se han casado. Actualmente, existen más adultos solteros en Canadá que casados, mientras que en Estados Unidos existen el mismo número de adultos solteros y casados. Esto no significa que el 50% de la población adulta sea *estrictamente* soltera, ya que los adultos pueden tener relaciones románticas sin estar casados. Cifras recientes del Pew Research Center indican que el 69% de los adultos estadounidenses tienen algún tipo de pareja, lo que significa que el 31% de aquellos son actualmente solteros (Brown, 2020). Sin embargo, eso sigue dejando a una gran proporción de la población con un estilo de vida más solitario.

La edad media al contraer el primer matrimonio ha aumentado, ya que la media de la OCDE se sitúa ahora en 32 años para los hombres y en 30 años para las mujeres, mientras que las cifras de principios de la década de 1990 indicaban una media de 27 años para los hombres y de 25 años para las mujeres (OCDE, 2019b). Del mismo modo, la edad media del nacimiento del primer hijo también ha aumentado en todo el mundo occidental. Las cifras del Reino Unido indican que la edad media de las madres es de 31 años, mientras que la de los padres es de 34 (Littleboy, 2019). En lugar de casarse y tener hijos a los 20 años, algunas investigaciones indican que muchos jóvenes están adoptando la *cultura del gancho* (facilitada por el uso generalizado de las aplicaciones de citas en Internet) o la monogamia en serie (McAnulty, 2012; Owen *et al.,* 2010). Esto puede significar un tiovivo de parejas sexuales, sin el apoyo continuo de una persona confiable y comprometida. En conjunto, estas cifras indican que una proporción considerable de adultos

decide no casarse, mientras que los que tienden a casarse lo hacen más tarde y, por tanto, tienen hijos más tarde. Se prevé que estas tendencias continúen, ya que un reciente informe de Pew estima que el 25% de los adultos jóvenes de EE. UU. nunca se casarán (Wang y Parker, 2014). Esto puede contribuir a la elevada tasa de soledad observada en los jóvenes que se ha comentado anteriormente en este capítulo.

En cuanto al divorcio, los datos indican que las tasas han ido aumentando en las últimas décadas en todo el mundo occidental, aunque en los últimos años se han estabilizado e incluso pueden estar disminuyendo ligeramente en algunos países. Por ejemplo, los datos del Reino Unido indican que solo el 19% de los matrimonios terminaban en divorcio a principios de la década de 1960, pero a mediados de la década de 1990 esta cifra se había duplicado hasta el 38% (Ghosh, 2019). Cifras similares se observan en Estados Unidos, donde la tasa de divorcio se duplicó entre 1950 y 1990, con datos que indican que el 48% de los matrimonios estadounidenses en la década de 1970 terminaron en divorcio (Stevenson y Wolfers, 2007). Sin embargo, las cifras recientes muestran un ligero descenso en las tasas de divorcio de los casados en la década de 2000, con la excepción de las parejas de 50 años o más, donde la tasa de divorcio se ha duplicado con creces (Brown y Lin, 2012). Este fenómeno se conoce como *divorcio gris* y es un área emergente de interés para la investigación. En Canadá, la tasa de divorcio se ha mantenido estable en torno al 35-40% en los últimos años, pero también se ha producido un aumento de los divorcios grises (Margolis *et al.,* 2019; Milan, 2013). En suma, el divorcio sigue siendo

un acontecimiento frecuente que afecta a un gran número de personas de la población, a pesar de un ligero descenso de las tasas en los últimos años.

En cuanto a la composición de los hogares, en los últimos años se ha producido un aumento muy acusado del número de personas que viven solas. Por ejemplo, el Censo de Estados Unidos señala que el 28% de los hogares son actualmente unipersonales, más del doble de la cifra del 13% en 1960 (United States Census Bureau, 2019b). Estas cifras coinciden con las de otros países occidentales: en el Reino Unido, la Office for National Statistics (ONS) informa de que el número de personas que viven solas ha aumentado un 20% en las últimas dos décadas, pasando de 6,8 millones en 1999 a 8,2 millones en 2019 y los hogares unipersonales representan ahora el 30% del total (Sanders, 2019). Este aumento está impulsado principalmente por los hombres de mediana edad y mayores que viven solos, incluidos los solteros que deciden no casarse, los hombres del nido vacío que experimentan un *divorcio gris* y los padres divorciados o separados cuyos hijos conviven con la madre (Sanders, 2019).

9.1.8 Implicaciones de las tendencias para la salud mental

¿Qué significan todas estas tendencias anteriores para la salud mental de los hombres? Una de las interpretaciones de estas tendencias es que significan la evolución positiva de la sociedad, que aporta beneficios a la salud mental de hombres y mujeres por igual. Por ejemplo, las sociedades occidentales modernas ya no se definen por las visiones culturales, familiares y religiosas tra-

dicionales del mundo (Giddens, 1991). Esto aporta libertades, oportunidades y opciones encomiables a personas cuyas vidas podrían haber estado restringidas en el pasado; como la libertad de no casarse, la oportunidad de divorciarse y la elección de no tener hijos (Bauman, 2003; Beck y Beck-Gernsheim, 1995). Psicólogos humanistas como Rogers (1961) y Gergen (1991) sostienen que esta cultura de la elección permite a los seres humanos desarrollar un yo auténtico y autónomo, sin las trabas de las convenciones y la tradición. Este desarrollo del yo se realiza a través de la creación de un estilo de vida individualizado y adaptado, acorde con los objetivos personales, el crecimiento individual y los deseos internos; objetivos que pueden haber sido inalcanzables o avanzados con dificultad en tiempos más tradicionales de elección restringida.

El divorcio o la separación pueden significar también la liberación de un entorno perjudicial, y para algunos hombres y mujeres es una mejor opción para su salud mental a largo plazo que permanecer en una relación tóxica (Blakeslee y Wallerstein, 2004; Giddens, 1992). Del mismo modo, el hecho de que un mayor número de hombres opte por permanecer solteros (y sin hijos) significa que en el futuro habrá menos hombres que se divorcien. A su vez, esto significa que menos hombres estarán expuestos a algunos de los aspectos perjudiciales del divorcio (descritos anteriormente en este capítulo), como la separación de los hijos, las interacciones negativas con los tribunales de familia y las pesadas responsabilidades financieras. Además, el creciente número de personas que viven solas podría ser una manifestación de los crecientes deseos de vivir un estilo de vida autónomo libre de responsabilidades familiares, más que un síntoma de una supuesta *epidemia de soledad*.

En los últimos años ha surgido un movimiento informal de hombres conocido como Men Going Their Own Way (MGTOW), formado por varones que eligen conscientemente un estilo de vida sin estar casados y sin responsabilidades familiares, ya que consideran que esto es mejor para su bienestar general y su calidad de vida. MGTOW no es un movimiento social en el sentido convencional, sino más bien una filosofía de vida, junto a sitios web, escritos y reuniones locales (Smith, 2013). En su popular libro sobre el tema, la autora Helen Smith resume acertadamente el fenómeno MGTOW como *hombres en huelga*. En una línea similar, Whitley y Zhou (2020) observan un aumento del número de hombres involucrados en la *comunidad de la seducción* (a veces conocidos como *artistas del ligue*), que suelen evitar las relaciones comprometidas en favor de un estilo de vida libertino y promiscuo. En resumen, las tendencias mencionadas del matrimonio, el divorcio y los hogares unipersonales pueden denotar un aumento de las oportunidades y la libertad de la sociedad, lo que podría considerarse un bien social positivo en las democracias seculares que valoran la libertad individual.

La literatura de investigación analizada en este capítulo indica claramente que un matrimonio (feliz) protege la salud mental de los hombres. Además, el divorcio y la separación son factores de riesgo significativos para una serie de resultados adversos para la salud mental, como el suicidio, el abuso de sustancias y la depresión, y los hombres solteros nunca antes casados también tienen un mayor riesgo de estos resultados adversos. Esto está contribuyendo a que aumente el número de

hogares monoparentales, que se concentra en los hombres de mediana edad y mayores. En cifras absolutas, una proporción importante de hombres está experimentando factores de riesgo como el divorcio y un número cada vez mayor de aquellos rehúye los factores de protección como el matrimonio. Todo esto puede interactuar, llevando a una disminución del apoyo social y a un aumento de la soledad entre las crecientes filas de hombres solteros. En última instancia, esto podría considerarse un problema de salud pública muy preocupante. Sin duda, estas tendencias son beneficiosas para los muchos hombres y mujeres que desean una vida solitaria o prefieren vivir un estilo de vida libertino. Pero a nivel de una visión sobre la población más amplia, estas tendencias pueden empeorar aún más la salud mental de los hombres. Por otra parte, estas tendencias pueden tener un efecto especialmente negativo en una subpoblación que hasta ahora ha sido ignorada en este capítulo: los niños, especialmente los varones.

9.2 Los efectos del divorcio y la ausencia del padre en la salud mental de los hijos

Un amplio corpus de investigación indica que el divorcio y la separación de los padres constituye una experiencia adversa en la infancia que puede tener efectos nocivos en la salud mental de los niños a corto y largo plazo, especialmente de los varones. Además, la investigación sugiere que para un niño, el crecer en un hogar solamente con la madre puede ser especialmente perjudicial

para la salud mental y se asocia con una serie de otros resultados perjudiciales, como el bajo rendimiento educativo, la actividad delictiva y el abuso de sustancias (Sbarra *et al.,* 2019; McLanahan *et al.,* 2013). Por el contrario, los niños que conviven con ambos padres biológicos (especialmente las parejas casadas) o en hogares con el padre solo tienden a estar mucho mejor, incluso después de ajustar el estatus socioeconómico (Krueger *et al.,* 2015; Harper y McLanahan, 2004).

Esta bibliografía indica que la experiencia del divorcio y la separación de los padres puede tener secuelas agudas y crónicas para la salud mental de los niños, y que la ausencia del padre tras el divorcio o la separación es un importante factor de riesgo para una serie de problemas de salud mental. Cabe destacar que la literatura muestra que la ausencia del padre debida a su fallecimiento o a compromisos laborales importantes tiene un efecto mucho más neutro en la salud mental, siendo los niños más resilientes a esta forma de ausencia (East *et al.,* 2006; Spruijt *et al.,* 2001). Por ello, el resto de esta sección se centra en la ausencia del padre debida específicamente a la separación o el divorcio: "la ausencia del padre se define como la que se produce cuando el padre no reside en el hogar familiar debido al conflicto, la inestabilidad o la ruptura de la relación parental" (East *et al.,* 2006). El impacto psicosocial de la ausencia del padre se ha resumido en un informe muy citado del Department of Justice de EE. UU. (1998), con estadísticas básicas relativas a la salud mental y al comportamiento disfuncional que figura en la Tabla 9.1.

Tabla 9.1 Resultados negativos relacionados con la ausencia del padre
Comparación de resultados entre jóvenes de hogares sin padre y otras familias
63% de los suicidios de jóvenes proceden de hogares sin padre.
85% de los niños que presentan trastornos de conducta proceden de hogares sin padre.
90% de los jóvenes sin hogar y fugados provienen de hogares sin padre.
71% de los jóvenes que abandonan la escuela secundaria proceden de hogares sin padre.
70% de los jóvenes internados en instituciones estatales proceden de hogares sin padre.
75% de los pacientes adolescentes en centros de abuso de sustancias provienen de hogares sin padre.
85% de los violadores motivados por la ira desplazada proceden de hogares sin padre.

FUENTE: US DEPT OF JUSTICE (1998)

Estas cifras, citadas a menudo, muestran un panorama sombrío sobre la salud mental y el bienestar de los niños que crecen en hogares sin padre por las causas citadas. Sin embargo, cabe decir que los resultados deben tratarse con precaución. El informe se publicó a finales de la década de 1990 y la metodología de elaboración de las estadísticas no ha sido ajena a cierta controversia, lo que significa que estas estadísticas, a menudo tan citadas, podrían presentar cierto desfase.

Afortunadamente, en la última década se han publicado varias revisiones bibliográficas en un intento de sintetizar las evidencias más recientes sobre los efectos del divorcio, la separación y la ausencia del padre en los hijos. La revisión más completa

fue publicada por McLanahan *et al.* (2013) bajo el título *The Causal Effects of Father Absence*, la cual evaluó 47 artículos con un enfoque en estudios longitudinales de alta calidad. Al igual que el mencionado informe del Departamento de Justicia de los Estados Unidos (1998), esta revisión reveló que los niños y adolescentes que sufren el divorcio de sus padres y la ausencia del padre, en comparación con los hijos de familias intactas, presentaban mayores tasas de 1) delincuencia; 2) conductas externalizadas con riesgo para terceras personas (p. ej., agresiones); 3) abuso de drogas y alcohol; y 4) actividad sexual temprana.

Esta revisión también indagó en los resultados educativos, observando que los niños sometidos a la ausencia del padre mostraban significativamente menos probabilidades de graduarse en la escuela secundaria, así como menos años de escolaridad en comparación con los niños que conviven con ambos padres biológicos. Es importante destacar que algunos estudios incluidos en esta revisión indican que los niños se vieron más afectados negativamente por la ausencia del padre que las niñas. Este hallazgo se superpone con una síntesis de la evidencia reportada en una revisión más reciente, que indicó que los niños criados en hogares monoparentales maternos se enfrentaron a más dificultades que las niñas criadas en dichos hogares; incluyendo mayores tasas de absentismo escolar, problemas de comportamiento, desempleo en la edad adulta e inmovilidad social (Golding y Fitzgerald, 2019).

Es importante destacar que la revisión de McLanahan *et al.* (2013) señala que la experiencia del divorcio de los padres y la ausencia del padre en la infancia o la adolescencia tiene efectos a largo plazo a lo largo de la vida, encontrando que los adultos que

habían sufrido dicha experiencia en su infancia tenían, en comparación con los hijos adultos criados por sus dos padres biológicos 1) mayores tasas de desempleo; 2) menores tasas de matrimonio (en la descendencia masculina pero no en la femenina); 3) peor salud mental en la edad adulta; y 4) mayor riesgo de actividad sexual temprana. El hallazgo de presentar una peor salud mental entre los hijos adultos está en la misma línea que dos metaanálisis recientes que examinan el efecto a largo plazo del divorcio de los padres sobre la salud mental de aquellos. Autersperg *et al.* (2019) examinaron 54 estudios con más de medio millón de participantes y encontraron una asociación significativa entre el divorcio de los padres y la depresión en la edad adulta de los hijos (OR: 1,61; 95% IC: 1,46-1,76), los intentos de suicidio (OR: 1,94; 95% IC: 1,60-2,27), el abuso de alcohol (OR: 1,66; 95% IC: 1,40-1,92), el abuso de drogas (OR: 1,65; 95% IC: 1,34-1,97) y el malestar psicológico (OR: 1,78; 95% IC: 0,94-2,63). Estos resultados convergen con otro metaanálisis reciente de 18 estudios centrados en los trastornos afectivos (Sands *et al.,* 2017), que también observó una asociación significativa entre el divorcio de los padres y la depresión adulta en los hijos (OR: 1,56; 95% IC: 1,31-1,86).

Del mismo modo, otro estudio estadounidense a gran escala halló relación entre la ausencia del padre y los resultados psicosociales adversos, evidenciando que los jóvenes con periodos más largos de ausencia del padre (p. ej., desde la infancia), en comparación con aquellos con periodos más cortos de ausencia del mismo (p. ej., desde la mitad de la adolescencia), tenían tasas significativamente mayores de consumo de alcohol y drogas, tabaquismo, actividad sexual y condenas penales (Antecol y Bedard, 2007). Una exposición

más prolongada de convivencia con los padres disminuye el riesgo de comportamientos desviados, mientras que una exposición más corta aumenta el riesgo. Estos hallazgos denotan que la *carencia de masculinidad* es perjudicial, y por lo tanto, contradicen la narrativa común de que la presencia de la masculinidad es perjudicial para la salud mental de los niños y adolescentes. En consecuencia, la masculinidad recibida a través de la figura de un padre presente se asocia con una salud mental positiva.

9.2.1 Hogares monoparentales paternos

Es creciente el número de estudios que examinan la situación psicosocial de los niños que crecen en hogares monoparentales sin madre y que observan que estos niños suelen tener mejores resultados a ese respecto que los niños de hogares sin padre y con madre soltera. Harper y McLanahan (2007) examinaron las tasas de encarcelamiento de adultos utilizando datos de la US National Longitudinal Survey of Youth de Estados Unidos. Este estudio evidenció que el *odds* ratio de encarcelamiento para los adultos que crecieron en hogares monoparentales maternos era de 3,03, mientras que para los adultos que crecieron en hogares monoparentales paternos era de 1,27 (ambos ratios en comparación con las familias intactas de madre y padre; en ambos no se presentaron los intervalos de confianza). Este estudio también observó un riesgo de encarcelamiento tres veces mayor para los niños que conviven con un padre o madre biológico y un padrastro o madrastra, lo que indica que existe un vínculo natural único entre los padres biológicos y los niños que no puede ser sustituido por otros adultos.

Estos resultados coinciden con un subanálisis del mismo estudio, que observó que la delincuencia grave autodeclarada era significativamente mayor en los niños criados por madres solteras (OR: 1,4) o criados por una pareja madre-padrastro (OR: 1,8), en comparación con los niños criados por una pareja madre-padre intacta. Es importante destacar que los niños criados por padres solteros o por parejas padre-madrastra no tuvieron un riesgo significativamente mayor de delincuencia grave en comparación con los niños criados por una pareja madre-padre intacta. Los resultados relativos a los padrastros no son sorprendentes, ya que las investigaciones indican que la violencia familiar, el maltrato infantil y otros resultados negativos son más comunes en las familias con padrastros (van IJzendoorn *et al.,* 2009; Daly y Wilson, 1985). Esto puede contribuir a una peor salud mental entre los niños y jóvenes afectados, especialmente los varones (Affleck *et al.,* 2018a).

Del mismo modo, otro estudio estadounidense comparó una serie de resultados psicosociales en función de la estructura familiar y descubrió que los niños de familias monoparentales sin padre presentaban los peores resultados, mientras que los niños de familias monoparentales sin madre presentaban los mejores, incluso superando a los niños de parejas intactas (Krueger *et al.,* 2015). Este estudio midió siete parámetros indicadores de salud, como dolores de cabeza, infecciones y resfriados y descubrió que los niños de familias monoparentales sin padre, en comparación con los hijos de parejas intactas, tenían mayores probabilidades de padecer los siete problemas, mientras que los niños de familias monoparentales sin madre tenían probabilidades menores o similares a las de los hijos de parejas intactas. Además, el estudio

observó que los niños de hogares monoparentales paternos tenían menos probabilidades de faltar a la escuela (OR: 0,96; 95% IC: 0,87-1,05) en comparación con los hijos de parejas intactas, mientras que los niños de hogares monoparentales maternos tenían una probabilidad significativamente mayor de faltar a la escuela (OR: 1,48; 95% IC: 1,40-1,57). Los resultados también indicaron que los niños de hogares monoparentales maternos, en comparación con los niños de hogares de parejas intactas presentaban mayor incidencia en el diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) (OR: 1,74; 95% IC: 1,63-1,85), mientras que los niños de hogares monoparentales paternos presentaban en el mismo contraste con los niños de hogares de parejas intactas, un *odds* ratio de 1,31 (95% IC: 1,15-1,51). Esta circunstancia converge con los resultados más amplios sobre la relación entre el estado civil y el TDAH de los hijos que se analizó en el capítulo 5. En conjunto, todos estos resultados coinciden con otras investigaciones que señalan que los niños de familias monoparentales paternas tienden a tener una salud equivalente a la de los niños de familias intactas con madre y padre (Coles, 2015; Victorino y Gauthier, 2009).

9.2.2 Mecanismos y vías plausibles para la salud mental

Gran parte de la literatura anteriormente descrita que resume el impacto negativo del divorcio en los hombres adultos es también aplicable a los niños y adolescentes. La experiencia del divorcio puede constituir un *shock* inesperado para los niños afectados, causando una pérdida, una ruptura y un trastorno emocional más

que considerables. En el caso de los niños mayores, puede crear una ruptura o trastorno biográfico, contribuyendo de nuevo a resultados adversos. En otras palabras, la pérdida de un progenitor por divorcio y separación debe considerarse un acontecimiento vital grave, del mismo modo que la pérdida del cónyuge se trata como una experiencia grave. Además, este acontecimiento puede tener consecuencias a largo plazo, especialmente relacionadas con la ausencia del padre.

Al resumir la investigación sobre la ausencia del padre, East *et al.* (2006) afirman con precisión que "la literatura no logra articular claramente la importancia del amor paterno, el por qué y cómo los padres influyen en sus hijos durante el desarrollo de la infancia y son esenciales en la salud psicológica, y por qué la ausencia de los padres puede causar posibles alteraciones adversas del comportamiento". Esto sigue siendo cierto hoy en día, aunque los mecanismos y las vías que explican el impacto negativo de la ausencia del padre siguen siendo poco investigadas y exploradas en la literatura científica.

No obstante, se han sugerido varios mecanismos plausibles para explicar la asociación entre el divorcio, la ausencia del padre y la salud mental. Varios autores han señalado que la relación padre-hijo constituye un apego único que proporciona una mezcla de amor, tutoría y disciplina en igual medida (p. ej., Farrell y Gray, 2018; East *et al.,* 2006). Los padres suelen establecer límites y hacer cumplir la disciplina con sus hijos, al tiempo que ofrecen orientación y apoyo en las transiciones de bebé a niño y de adolescente a adulto. A veces, esto implica una forma de *amor duro* que puede ser menos ofrecida por las madres, pero

que ofrece importantes lecciones de vida sobre el autocontrol, la responsabilidad personal y la conciencia social. Esto puede ser especialmente importante para los niños en edad de crecimiento, cuya energía desbordante suele ser canalizada por los padres hacia salidas prosociales positivas, como actividades al aire libre, deportes, juegos de competición, actividades *duras y vigorosas* y otras aficiones que utilizan y expanden la energía física e intelectual. Todo esto puede ayudar a socializar a los jóvenes para que sean miembros positivos de la sociedad, proporcionando actividades prosociales para el riesgo, la competencia, el valor y el logro (Hoff-Sommers, 2015); y tales actividades pueden faltar en los hogares con una madre sola. Un estudio británico indicó que la baja participación del padre deviene un factor de riesgo significativo para los bajos niveles de satisfacción con la vida entre los chicos adolescentes, mientras que los altos niveles de participación del padre se asociaron con mayores niveles de satisfacción con la vida y también ayudaron a proteger a los chicos adolescentes de la victimización (Flouri y Buchanan, 2002). Esta circunstancia condujo a la acuñación del término conmovedor *hambre de padre*: un término que engloba el vacío y el anhelo experimentado por los niños que carecen de la participación, la supervisión y la orientación del padre (Wilson, 2012; Maine, 2004; McGee, 1993).

Bowlby (1969) manifestó que un fuerte apego a ambos progenitores biológicos es la base de una salud mental positiva, con investigaciones posteriores que indican que el apego inseguro se asocia con resultados negativos para la salud mental, como la depresión (p. ej., Fuhr *et al.,* 2017). Como tal, la ausencia de un padre puede crear un vacío existencial y psicológico, que puede

contribuir a una cascada de eventos negativos que afectan negativamente a la salud mental. Por ejemplo, los niños que carecen de la supervisión, la disciplina o la participación paterna pueden expandir su energía de manera disfuncional, incluyendo el comportamiento externalizado y la delincuencia. Cuando esto se manifiesta en el entorno escolar, puede conducir a castigos y a un bajo rendimiento educativo (*vid.* capítulo 7). Cuando se manifiesta en el entorno social, puede dar lugar a problemas de justicia penal y a la participación en grupos de compañeros delincuentes basados en el consumo de drogas y alcohol. Todo ello puede dificultar la búsqueda de empleo y el establecimiento de una vida normal en la transición a la edad adulta, lo que puede contribuir a aumentar las tasas de desempleo juvenil en los hijos de familias sin padre. Por lo tanto, el vacío que experimenta un niño de una familia sin padre puede ampliarse y proyectarse en la progresión de la vida, ya que es más probable que estos individuos carezcan de educación, trabajo y participación en comunidades prosociales positivas. Esto crea un vacío más amplio de significado y propósito vital, que puede contribuir a una peor salud mental entre los individuos criados en familias sin padre.

Este vacío también puede llevar a los jóvenes adultos buscando mentores, modelos de conducta y comunidades alternativas y algunas investigaciones indican que a menudo estos se encuentran en grupos de pares delincuentes o en otras comunidades muy perjudiciales. Un estudio de investigación mostró altos índices de ausencia del padre entre los jóvenes *artistas de la seducción* que participan en la *comunidad de la seducción*. Los participantes solían afirmar que se unían a ese tipo de comunidad para encontrar men-

tores y guías que les ayudaran a aprender las habilidades sociales y de comunicación que, en su opinión, solían impartir los padres (Whitley y Zhou, 2020). Del mismo modo, el estudio de Harper y McLanahan (2007), antes mencionado, descubrió que los varones de familias sin padre tenían tres veces más probabilidades de ser encarcelados que los niños que vivían con ambos padres biológicos, a menudo debido a la participación en bandas criminales y grupos de compañeros delincuentes. Las pruebas sugieren que los niños de familias sin padre están más expuestos a las influencias negativas de los compañeros y a la participación en grupos de compañeros antisociales, que a menudo giran en torno al consumo de drogas y alcohol (Golding y Fitzgerald, 2019; East *et al.,* 2006).

Para cerrar esta sección, vale la pena también traer aquí la información presentada en detalle en el capítulo 5 sobre el TDAH, dado que los niños presentan tres veces más probabilidades que las niñas de ser diagnosticados de ese trastorno, con una duplicación de las tasas entre los niños en edad escolar en las últimas décadas, paralelamente a la creciente tasa de divorcio y separación. Tal como se expuso, un número cada vez mayor de chicos jóvenes están siendo medicados con fármacos basados en estimulantes, como el Ritalin, y su uso es mayor entre los chicos de familias sin padre. Estas elevadas tasas de diagnóstico y prescripción pueden estar directamente relacionadas con los cambios descritos anteriormente en la estructura familiar, ya que la medicación se utiliza como una forma de control social para amortiguar la energía y la exuberancia naturales de los niños en ausencia de padres fuertes e implicados, quienes normalmente proporcionan disciplina y orientación.

9.2.3 El panorama general: tendencias y contexto social

Hasta ahora, este capítulo ha establecido que el divorcio y la separación son un factor de riesgo para la salud mental adversa entre los padres adultos y los niños afectados. Es importante destacar que los niños criados en hogares con una madre sola pueden correr un riesgo especial, mientras que criarse en un hogar con un padre solo puede conferir cierta protección. Esto plantea la siguiente pregunta: ¿qué proporción poblacional de niños está experimentando el divorcio, la separación, la ausencia del padre y otras variables relacionadas?

Preocupantemente, los datos indican que en las últimas décadas se ha producido un aumento masivo de la proporción de niños nacidos fuera del matrimonio. Las cifras recientes del Reino Unido, EE. UU. y Nueva Zelanda indican que el 40% o más de los niños nacen de madres no casadas, en comparación con la cifra de alrededor del 5% que existía en 1960 (OCDE, 2020a). Algunos de estos niños nacen de madres que conviven o tienen una relación romántica con el padre, mientras que otros nacen de madres solteras sin pareja. Los niños nacidos de estas madres solteras sin pareja pueden combinarse con los hijos de progenitores separados, divorciados y viudos, dando lugar a la categoría de *hogar monoparental*, que consiste en un solo padre biológico que convive con los hijos.

Las cifras recientes indican que la proporción de niños que crecen en un hogar monoparental ha aumentado drásticamente en los últimos años hasta llegar a 1 de cada 5 niños en los países occidentales: 22% en el Reino Unido, 27% en los Estados Unidos y 19% en Canadá (OCDE, 2020b). Cabe destacar que los

hogares monoparentales en los países occidentales suelen ser hogares de madres solteras. Un estudio canadiense investigó sobre la residencia principal de los niños después de la separación y el divorcio, encontrando que el 70% vivía principalmente con su madre, el 15% principalmente con su padre, mientras que el 9% informó de que el tiempo de convivencia era igual entre los dos padres (Sinha, 2014). Datos canadienses más recientes indican que el 81% de los niños en familias monoparentales vivían principalmente con su madre, mientras que el 19% vivía principalmente con su padre (Statistics Canada, 2017). Del mismo modo, los datos de Estados Unidos muestran que el 83% de los hogares monoparentales son maternos (United States Census Bureau, 2016). Esta diferencia de género se debe a diversos factores, pero los datos indican que los tribunales de familia que se ocupan de la separación y el divorcio suelen conceder la custodia a las madres muy en detrimento de los padres. Las estadísticas canadienses indican que el 79% de los acuerdos de custodia decretados por los tribunales conducen a la custodia exclusiva para la madre, y solo el 7% para el padre (Marcil-Gratton y Le Bourdais, 1999). En Australia, la Survey of Separated Parents reveló que la madre tiene la responsabilidad exclusiva o mayoritaria en el 83% del total de los casos, mientras que el padre tiene la responsabilidad exclusiva o mayoritaria solo en el 7% de aquellos, y en el 9% de los casos la responsabilidad es paritaria (Kaspiew *et al.,* 2015a). Esta encuesta también reveló que, más específicamente, el 45% de los acuerdos de custodia ordenados por los tribunales conducen a la custodia exclusiva de la madre, y solo el 7% a la del padre, y el resto tiene tiempo compartido (Kaspiew *et al.,* 2015b).

Esta situación ha llevado a cuestionar los conocimientos del derecho de familia y de los tribunales de familia, los cuales a menudo actúan para separar a los niños de sus padres, a pesar de la creciente evidencia de que los niños en hogares monoparentales paternos suelen estar mejor que los niños en hogares monoparentales maternos. Es importante destacar que el derecho de familia vigente y las decisiones de los tribunales de familia relacionadas con él no parecen estar en consonancia con el acervo de evidencias científicas mencionadas anteriormente. En su lugar, parecen estar inspirados por los estereotipos anacrónicos (y sexistas) relativos a los roles de género; los padres suelen ser vistos como proveedores y sostén económico de la familia, y las madres suelen ser vistas como cuidadoras más adecuadas para el rol parental principal (East *et al.,* 2006; Rohner y Veneziano, 2001). Este desajuste disfuncional entre las evidencias científicas y la práctica dominante viene llevando a solicitar que se reforme el derecho de familia para garantizar que los niños pasen el tiempo necesario con sus padres, por ejemplo, mediante la aplicación de un modelo conocido como *crianza compartida*, que significa que los niños pasan aproximadamente el 50% del tiempo con cada progenitor (Nielsen, 2011; Deutsch, 2001). El cuidado y la convivencia paritaria con ambos padres puede mejorar la salud mental de los hijos, dada la evidencia descrita anteriormente, lo que significa que la *crianza compartida* podría ser una intervención de salud pública con consecuencias muy positivas para la salud mental, tanto de los adultos como de los niños por igual (Kline Pruett y DiFonzo, 2014).

9.3 Conclusión

Este capítulo muestra que los hombres solteros tienden a tener peor salud mental que los casados. Los hombres célibes presentan tasas ligeramente elevadas de problemas de salud mental en comparación con los hombres casados, pero los hombres separados o divorciados tienen el mayor riesgo de resultados adversos para la salud mental en comparación con los hombres casados. Del mismo modo, la separación y el divorcio son acontecimientos vitales graves para los niños afectados (especialmente los varones) que pueden perjudicar su salud mental a corto y largo plazo. Los niños criados en familias sin padre corren un riesgo especial de sufrir resultados psicosociales adversos, lo que indica que la ausencia de influencia masculina es perjudicial para la salud mental de aquellos. Esto es bien contrario a la idea común de que la presencia de influencia masculina es perjudicial para la salud mental. Preocupantemente, las tendencias indican un número considerable y creciente de personas que se separan, se divorcian, o que viven solas, así como un aumento de las familias monoparentales sin padre.

Cabe destacar que los hombres solteros y divorciados son un grupo demográfico ignorado y existen pocos servicios y apoyos específicos dedicados al cuidado de su bienestar. Peor aún, pueden ser estigmatizados y demonizados en ciertos sectores de la sociedad, lo que puede ocasionar que muchos de ellos cuestionen cualquier noción de sociedad inclusiva y que puedan tener un impacto perjudicial en su salud mental.

Esta situación requiere de una acción concertada. En primer lugar, parece oportuno desmantelar cualquier política o práctica basada en estereotipos sobre los hombres solteros, sustituirlas por procedimientos no discriminatorios, y propiciar que todos los sectores de la sociedad puedan reflexionar sobre sus actividades para asegurarse de que son realmente inclusivas y también adecuadas para los hombres solteros. En segundo lugar, como se menciona en el capítulo 6, faltan servicios de apoyo específicos para ayudar a los hombres solteros vulnerables (tanto jóvenes como mayores), especialmente a los hombres que están pasando por un doloroso divorcio o separación. Es necesario desarrollar, aplicar y evaluar intervenciones que puedan ayudar a los varones a realizar esta difícil transición. En tercer lugar, los tribunales de familia parecen seguir guiándose por estereotipos de género más que por datos científicos rigurosos. Una reforma del derecho de familia que tenga en cuenta las nefastas consecuencias de crecer en una familia sin padre puede tener un impacto positivo en la salud mental tanto de los adultos como de los niños. En cuarto lugar, el vacío que experimentan los chicos criados en familias sin padre se llena a menudo con la participación en redes de pares delincuentes o con el uso de drogas y alcohol. Las organizaciones de la sociedad civil, como las iglesias, los sindicatos, las formaciones de fuerzas de seguridad y otras similares, podrían desempeñar un papel renovado a la hora de ofrecer tutoría, orientación y modelos de conducta a estos niños. En quinto lugar, se podrían hacer más esfuerzos para apoyar a las familias que están pasando por problemas, como el acceso a formas efectivas de asesoramiento matrimonial, así como un mejor suministro de anticonceptivos

para prevenir los embarazos no planificados y los hijos no deseados. Todo esto podría ayudar a mitigar el nefasto impacto de la separación y el divorcio, tanto en los adultos como en los niños.

Referencias

Affleck, W., Carmichael, V. y Whitley, R. (2018a). Men's mental health: Social determinants and implications for services. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *63*(9), 581-589. https://doi.org/10.1177/0706743718762388

Affleck, W., Thamotharampillai, U., Jeyakumar, J. y Whitley, R. (2018b). "If One Does Not Fulfil His Duties, He Must Not Be a Man": Masculinity, Mental Health and Resilience Amongst Sri Lankan Tamil Refugee Men in Canada. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 42(4), 840-861. https://doi.org/10.1007/s11013-018-9592-9

Alexander, J. (2001). Depressed men: An exploratory study of close relationships. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8(1), 67-75. https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2001.00354.x

Alpass, F. M. y Neville, S. J. (2003). Loneliness, health and depression in older males. *Aging and Mental Health*, 7(3), 212-216. https://doi.org/10.1080/1360786031000101193

Alston, M. (2012). Rural male suicide in Australia. *Social Science & Medicine*, 74(4), 515-522. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.04.036

Amato, P. R. (2000). The consequences of divorce for adults and children. *Journal of Marriage and the Family*, 62(4), 1269-1287. https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2000.01269.x

Angus Reid Institute (ARI). (2020, 14 de octubre). *Isolation, loneliness, and COVID-19: Pandemic leads to sharp increase in mental health challenges, social woes*. Angus Reid Institute. Recuperado el 16/4/2021, de https://angusreid.org/isolation-and-loneliness-covid19/

Antecol, H. y Bedard, K. (2007). Does single parenthood increase the probability of teenage promiscuity, substance use, and crime? *Journal of Population Economics*, 20(1), 55-71.

Autersperg, F., Vlasak, T., Ponocny, I. y Barth, A. (2019). Long-term effects of parental divorce on mental health – A meta-analysis. *Journal of Psy-*

chiatric Research, 119, 107-115. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2019.09.011

Barreto, M., Victor, C., Hammond, C., Eccles, A., Richins, M. T., Qualter, P. (2021). Loneliness around the world: Age, gender, and cultural differences in loneliness. *Personality and Individual Differences*, 169(3), 110066. https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110066

Barry, J. y Liddon, L. (2020). Child contact problems and family court issues are related to chronic mental health problems for men following family breakdown. *Psychreg Journal of Psychology*, 4(3). https://doi.org/10.5281/zenodo.4302120

Bartlett, E. E. (2004). The effects of fatherhood on the health of men: A review of the literature. *The Journal of Men's Health and Gender*, 1(2), 159-169. http://doi.org/10.1016/j.jmhg.2004.06.004

Bauman, Z. (2003). *Liquid love: On the frailty of human bonds*. Polity Press.

Beck, U. y Beck-Gernsheim, E. (1995). *The normal chaos of love*. Polity Press.

Beutel, M. E., Klein, E. M., Brähler, E., Reiner, I., Jünger, C., Michal, M., Wiltink, J., Wild, P. S., Münzel, T., Lackner, K. J. y Tibubos, A. N. (2017). Loneliness in the general population: Prevalence, determinants and relations to mental health. *BMC Psychiatry*, 17(97). https://doi.org/10.1186/s12888-017-1262-x

Blakeslee, S. y Wallerstein, J. (2004). *Second chances: Men, women and children a decade after divorce*. Mariner Books.

Bowlby, J. (1969). *Attachment. Attachment and loss: Vol. 1. loss*. Basic Books.

Brown, A. (2020, 20 de agosto). *A profile of single Americans*. Pew Research Center. Recuperado el 21/4/2021, de https://www.pewresearch.org/social-trends/2020/08/20/a-profile-of-single-americans/

Brown, G. W. y Harris, T. O. (Eds.). (1989). *Life events and illness*. Guilford Press.

Brown, G. W., Harris, T. O. y Hepworth, C. (1995). Loss, humiliation and entrapment among women developing depression: A patient and non-patient comparison. *Psychological Medicine,* 25(1), 7-21. https://doi.org/10.1017/S003329170002804X

Brown, S. L. y Lin, I.-F. (2012). The gray divorce revolution: Rising divorce among middle-aged and older adults, 1990–2010. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 67(6), 731-741. https://doi.org/10.1093/geronb/gbs089

Bury, M. (1982). Chronic illness as biographical disruption. *Sociology of Health & Illness*, 4(2), 167-182. https://doi.org/10.1111/1467-9566.ep11339939

Bury, M. (1991). The sociology of chronic illness: A review of research and prospects. *Sociology of Health and Illness*, 13, 451-468. http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-9566.1991.tb00522.x

Byrne, A. y Carr, D. (2005). Caught in the cultural lag: The stigma of singlehood. *Psychological Inquiry*, 16(2/3), 84-91. https://doi.org/10.1207/s15327965pli162&3_02

Coles, R. L. (2015). Single-father families: A review of the literature. *Journal of Family Theory & Review*, 7(2), 144-166. https://doi.org/10.1111/jftr.12069

Compton, W. M., Thomas, Y. F., Stinson, F. S. y Grant, B. F. (2007). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV drug abuse and dependence in the United States: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry,* 64(5), 566-576. https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.5.566

Crump, C., Sundquist, K., Sundquist, J. y Winkleby, M. A. (2014). Sociodemographic, psychiatric and somatic risk factors for suicide: A Swedish national cohort study. *Psychological Medicine*, 44(2), 279-289. https://doi.org/10.1017/S0033291713000810

Daly, M. y Wilson, M. (1985). Child abuse and other risks of not living with both parents. *Ethology and Sociobiology*, 6(4), 197-210. https://doi.org/10.1016/0162-3095(85)90012-3

Department of Justice Canada. (2000). *Selected statistics on Canadian families and family law: Second edition*. Department of Justice Canada. Recuperado el 20/4/2021, de https://www.justice.gc.ca/eng/rp-pr/fl-lf/famil/stat2000/pdf/stats.pdf

DePaulo, B. (2007). *Singled out: How singles are stereotyped, stigmatized, and ignored, and still live happily ever after*. St. Martin's Griffin.

Deutsch, F. M. (2001). Equally shared parenting. *Current Directions in Psychological Science*, 10(1), 25-28. https://doi.org/10.1111/1467-8721.00107

Durkheim, E. (1897). *Suicide: A study in sociology*. Routledge.

Dyke, L. S. y Murphy, S. A. (2006). How we define success: A qualitative study of what matters most to women and men. *Sex Roles*, 55, 357-371. https://doi.org/10.1007/s11199-006-9091-2

East, L., Jackson, D. y O'Brien, L. (2006). Father absence and adolescent development: A review of the literature. *Journal of Child Health Care*, 10(4), 283-295. https://doi.org/10.1177/1367493506067869

Edwards, A. C., Larsson Lönn, S., Sundquist, J., Kendler, K. S. y Sundquist, K. (2018). Associations Between Divorce and Onset of Drug Abuse in a Swedish National Sample. *American Journal of Epidemiology,* 187(5), 1010-1018. https://doi.org/10.1093/aje/kwx321

Eurostat. (2020a, junio). *Causes of death statistics*. Eurostat. Recuperado el 20/4/2021, de https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Causes_of_death_statistics# Causes_of_death_by_sex

Eurostat. (2020b, 6 de octubre). Marriage and divorce statistics. Eurostat. Recuperado el 20/4/2021, de https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/pdfscache/6790.pdf

Evans, R., Scourfield, J. y Moore, G. (2016). Gender, relationship breakdown, and suicide risk: A review of research in western countries. *Journal of Family Issues*, 37(16), 2239-2264. https://doi.org/10.1177/0192513X14562608

Farrell, W. y Gray, J. (2018). *The boy crisis: Why our boys are struggling and what we can do about it.* BenBella Books.

Felix, D. S., Robinson, W. D. y Jarzynka, K. J. (2013). The Influence of Divorce on Men's Health. *Journal of Men's Health*, 10(10), 3-7. https://doi.org/10.1016/j.jomh.2012.09.002

Flouri, E. y Buchanan, A. (2002). Life satisfaction in teenage boys: The moderating role of father involvement and bullying. *Aggressive Behavior*, 28(2), 126-133. https://doi.org/10.1002/ab.90014

Fuhr, K., Reitenbach, I., Kraemer, J., Hautzinger, M. y Meyer, T. D. (2017). Attachment, dysfunctional attitudes, self-esteem, and association to depressive symptoms in patients with mood disorders. *Journal of Affective Disorders*, 212, 110-116. https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.01.021

Gergen, K. J. (1991). *The saturated self*. Basic Books.

Ghosh, K. (2019, 29 de noviembre). *Divorces in England and Wales: 2018*. Office for National Statistics. Recuperado el 14/4/2021, de https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/divorce/bulletins/divorcesinenglandandwales/2018

Giddens, A. (1991). *Modernity and self-identity: Self and society in the late modern age*. Stanford University Press.

Giddens, A. (1992). *The transformation of intimacy: Sexuality, love, and eroticism in modern societies*. Stanford University Press.

Golding, P. y Fitzgerald, H. (2019). The early biopsychosocial development of boys and the origins of violence in males. *Infant Mental Health Journal*, 40(1), 5-22. https://doi.org/10.1002/imhj.21753

Grall, T. (2016, enero). *Custodial mothers and fathers and their child support: 2013*. United States Census Bureau. Recuperado el 20/4/2021, de https://www.census.gov/content/dam/Census/library/publications/2016/demo/P60-255.pdf

Harmon, D. K., Masuda, M. y Holmes, T. H. (1970). The Social Readjustment Rating Scale: A cross-cultural study of Western Europeans and Americans. *Journal of Psychosomatic Research*, 14(4), 391-400. https://doi.org/10.1016/0022-3999(70)90007-3

Harper, C. C. y McLanahan, S. S. (2007). Father absence and youth incarceration. *Journal of Research on Adolescence*, 14(3), 369-397. https://doi.org/10.1111/j.1532-7795.2004.00079.x

Hobson, C. J., Kamen, J., Szostek, J., Nethercut, C. M., Tiedmann, J. W. y Wojnarowicz, S. (1998). Stressful life events: A revision and update of the Social Readjustment Rating Scale. *International Journal of Stress Management*, 5, 1-23. https://doi.org/10.1023/A:1022978019315

Hoff-Sommers, C. (2015). *The war against boys: How misguided policies are harming our young men*. Simon & Schuster.

Holmes, T. H. y Rahe, R. H. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11(2), 213-218. https://doi.org/10.1016/0022-3999(67)90010-4

Houle, J., Mishara, B. L. y Chagnon, F. (2008). An empirical test of a mediation model of the impact of the traditional male gender role on suicidal behavior in men. *Journal of Affective Disorders*, 107(1), 37-43. https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.07.016

Instituto Nacional de Estadística (2022). *Divorcios entre cónyuges de diferente sexo según tipo de divorcio y cónyuge que debe ejercer la custodia. Resultados nacionales*. Recuperado el 20/3/2022, de https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=20692

Johnson, B. (2006, 6 de noviembre). Come off it, folks: How many paedophiles can there be? *The Telegraph*. https://www.telegraph.co.uk/comment/personal-view/3634055/Come-off-it-folks-how-many-paedophiles-can-there-be.html

Kalmijn, M. (2003). Shared friendship networks and the life course: An analysis of survey data on married and cohabiting couples. *Social Networks, 25(3),* 231-249. https://doi.org/10.1016/S0378-8733(03)00010-8

Kaspiew, R., Carson, R., Dunstan, J., De Maio, J., Moore, S., Moloney, L., Smart, D., Qu, L., Coulson, M. y Tayton, S. (2015a, October). *Expe-*

riences of Separated Parents Study (Evaluation of the 2012 Family Violence Amendments). Australian Institute of Family Studies. Recuperado el 15/4/2021, de www.aifs.gov.au/publications/experiences-separated-parents-study

Kaspiew, R., Carson, R., Qu, L., Horsfall, B., Tayton, S., Moore, S., Coulson, M. y Dunstan, J. (2015b, octubre). *Court Outcomes Project (Evaluation of the 2012 Family Violence Amendments)*. Australian Institute of Family Studies. Recuperado el 15/4/2021, de www.aifs.gov.au/publications/court-outcomes-project

Kawachi, I. y Berkman, L. F. (2001). Social ties and mental health. *Journal of Urban Health*, 78, 458-467. https://doi.org/10.1093/jurban/78.3.458

Kendler, K. S., Larsson Lönn, S., Salvatore, J., Sundquist, J. y Sundquist, K. (2017). Divorce and the onset of Alcohol Use Disorder: A Swedish population-based longitudinal cohort and co-relative study. *American Journal of Psychiatry*, 174(5), 451-458. https://doi.org./10.1176/appi.ajp.2016.16050589

Ketokivi, K. (2008). Biographical disruption, the wounded self and the reconfiguration of significant others. In Widmer, E y Jallinoja, R (Eds.), *Beyond the nuclear family: Families in a configurational perspective* (pp. 255-277). Peter Lang.

Kleiman, E. M. y Beaver, J. K. (2013). A meaningful life is worth living: Meaning in life as a suicide resiliency factor. *Psychiatry Research*, 210(3), 934-939. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.08.002

Kline Pruett, M., DiFonzo, J. H. (2014). Closing the gap: Research, policy, practice, and shared parenting. *Family Court Review*, 52(2). https://doi.org/10.1111/fcre.12078

Kposowa, A. J. (2000). Marital status and suicide in the National Longitudinal Mortality Study. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 54, 254-261. https://doi.org/10.1136/jech.54.4.254

Kposowa, A. J. (2003). Divorce and suicide risk. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 57(12), 993. https://doi.org/10.1136/jech.57.12.993

Kposowa, A. J., Ezzat, D. A. y Breault, K. D. (2020). Marital status, sex, and suicide: New longitudinal findings and Durkheim's marital status propositions. *Sociological Spectrum*, 40(2), 81-98. https://doi.org/10.1080/02732173.2020.1758261

Krueger, P. M., Jutte, D. P., Franzini, L., Elo, I. y Hayward, M. D. (2015). Family structure and multiple domains of child well-being in the United

States: A cross-sectional study. *Population Health Metrics*, 13(1), 6. https://doi.org/10.1186/s12963-015-0038-0

Lesthaeghe, R. (1995). The second demographic transition in Western countries: An interpretation. In K. O. Mason y A. M. Jensen (Eds.), *Gender and family change in industrialized countries* (pp. 17-62). Clarendon Press.

Lin, J. C., Karno, M. P., Grella, C. E., Warda, U., Liao, D. H., Hu, P. y Moore, A. A. (2012). Alcohol, tobacco, and non-medical drug use disorders in U.S. adults aged 65 and older: Data from the 2001-2002 National Epidemiologic Survey of Alcohol and Related Conditions. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 19(3), 292-299. https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e3181e898b4

Littleboy, K. (2019, 6 de diciembre). *Birth characteristics in England and Wales: 2018*. Office for National Statistics (ONS). Recuperado el 21/4/2021, de https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/livebirths/bulletins/birthcharacteristicsinenglandandwales/2018

Lodge, A. C. y Umberson, D. (2014). Mental health and family status. In W. C. Cockerham, R. Dingwall y S. R. Quah (Eds.), *The Wiley Blackwell encyclopedia of health, illness, behavior, and society* (1st ed., pp. 1403-1408). Wiley-Blackwell.

Maine, M. (2004). *Father hunger: Fathers, daughters, and the pursuit of thinness*. Gurze Books.

Marcil-Gratton, N. y Le Bourdais, C. (1999). *Custody, access and child support: Findings from The National Longitudinal Survey of Children and Youth*. Department of Justice Canada. Recuperado el 16/4/2021, de https://www.justice.gc.ca/eng/rp-pr/fl-lf/famil/anlsc-elnej/pdf/anlsc-elnej.pdf

Margolis, R., Choi, Y., Hou, F. y Haan, M. (2019). Capturing trends in Canadian divorce in an era without vital statistics. *Demographic Research*, 41(52), 1453-1478. https://www.demographic-research.org/volumes/vol41/52/41-52.pdf

Mattingly, K. N. (2021). Parental divorce and social support networks in younger and older adults: Extending modes of biographical disruption. In P. N. Claster y S. L. Blair (Eds.), *Aging and the family: Understanding changes in structural and relationship dynamics* (Contemporary perspectives in family research, vol. 17, pp. 229-246). Emerald Publishing Limited.

McAnulty, R. (2012). *Sex in college: The things they don't write home about*. Praeger.

McGee, R. S. (1993). *Father hunger*. Vine Books.

McLanahan, S., Tach, L. y Schneider, D. (2013). The causal effects of father absence. *Annual Review of Sociology*, 39, 399-427. https://doi.org/10.1146/annurev-soc-071312-145704
McManus, P. y DiPrete, T. (2001). Losers and winners: The financial consequences of separation and divorce for men. *American Sociological Review*, 66(2), 246-268. https://doi.org/10.2307/2657417
Milan, A. (2013, julio). *Marital status: overview, 2011*. Statistics Canada. Recuperado el April 16, 2021, de https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/91-209-x/2013001/article/11788-eng.pdf?st=uAatcL79
Morgan, D. J. y Burholt, V. (2020). Loneliness as a biographical disruption – Theoretical implications for understanding changes in loneliness. *The Journals of Gerontology Series B Psychological Sciences and Social Sciences*, 75(9), 2029-2039. https://doi.org10.1093/geronb/gbaa097
Morris, W. L., DePaulo, B. M., Hertel, J. y Taylor, L. C. (2008). Singlism—Another problem that has no name: Prejudice, stereotypes and discrimination against singles. In M. A. Morrison y T. G. Morrison (Eds.), *The psychology of modern prejudice* (pp. 165-194). Nova Science Publishers.
Nielsen, L. (2011). Shared parenting after divorce: A review of shared residential parenting research. *Journal of Divorce & Remarriage*, 52, 586-609. https://doi.org/10.1080/10502556.2011.619913
Oliffe, J. L., Han, C. S., Ogrodniczuk, J. S., Phillips, J. C. y Roy, P. (2011). Suicide from the perspectives of older men who experience depression: A gender analysis. *American Journal of Men's Health*, 5(5), 444-454. https://doi.org/10.1177/1557988311408410
Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). (2019a, 30 de junio). *SF3.1: Marriage and divorce rates*. Organisation for Economic Co-operation and Development. Recuperado el 21/4/2021, de https://www.oecd.org/els/family/sf_3_1_marriage_and_divorce_rates.pdf
Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). (2019b). *Society at a glance 2019: OECD social indicators*. Organisation for Economic Co-operation and Development. Recuperado el 14/4/2021, de https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/1be118b5-en.pdf?expires=1618446022&id=id&accname=guest&checksum=3590CE4C5FA2D4208820AC2642DEFF7F
Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). (2020a). Share of births outside of marriage. *Organisation for Economic Co-operation and Development*. Recuperado el 14/4/2021, de https://www.oecd.org/els/soc/SF_2_4_Share_births_outside_marriage.xlsx

Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). (2020b). Family database: By indicator - The structure of families. *Organisation for Economic Co-operation and Development.* Recuperado el 21/4/2021, de https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=FAMILY#

Owen, J. J., Rhoades, G. K., Stanley, S. M. y Fincham, F. D. (2010). "Hooking up" among college students: Demographic and psychosocial correlates. *Archives of Sexual Behavior*, 39(3), 653-663. https://doi.org/10.1007/s10508-008-9414-1

Paykel, E. S. (2003). Life events and affective disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108(418), 61-66. https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.108.s418.13.x

Payne, S., Swami, V. y Stanistreet, D. L. (2008). The social construction of gender and its influence on suicide: A review of the literature. *Journal of Men's Health*, 5(1), 23-35. https://doi.org/10.1016/j.jomh.2007.11.002

Phillips, J. A., Robin, A. V., Nugent, C. N. y Idler, E. L. (2010). Understanding recent changes in suicide rates among the middle-aged: Period or cohort effects? *Public Health Reports*, 125(5), 680-688. https://doi.org/10.1177/003335491012500510

Putnam, R. D. (2000). *Bowling alone: The collapse and revival of American community*. Simon & Schuster.

Qin, P., Agerbo, E., Westergård-Nielsen, N., Eriksson, T. y Mortensen, P. B. (2000). Gender differences in risk factors for suicide in Denmark. *The British Journal of Psychiatry*, 177, 546-550. https://doi.org/10.1192/bjp.177.6.546

Remes, O., Lafortune, L., Wainwright, N., Surtees, P., Khaw, K.-T. y Brayne, C. (2019). Association between area deprivation and major depressive disorder in British men and women: A cohort study. *BMJ Open*, 9(11), e027530. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-027530

Rodgers, D. T. (2011). *Age of fracture*. Belknap Press of Harvard University Press.

Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person: A psychotherapists view of psychotherapy*. Houghton Mifflin.

Rohner, R. y Veneziano, R. A. (2001). The importance of father love: History and contemporary evidence. *Review of General Psychology*, 5(4), 382-405. https://doi.org/10.1037/1089-2680.5.4.382

Rossow, I. (1993). Suicide, alcohol, and divorce; Aspects of gender and family integration. *Addiction*, 88(12), 1659-1665. https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1993.tb02041.x

Rotermann, M. (2007). Marital breakdown and subsequent depression. *Health Reports*, 18(2), 33-44.

Sanders, S. (2019, 15 de noviembre). *Families and households in the UK: 2019*. Office for National Statistics (ONS). Recuperado el 21/4/2021, de https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/families/bulletins/familiesandhouseholds/2019

Sands, A., Thompson, E. J. y Gaysina, D. (2017). Long-term influences of parental divorce on offspring affective disorders: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 218, 105-114. https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.04.015

Sbarra, D. A., Emery, R. E., Beam, C. R. y Ocker, B. L. (2014). Marital dissolution and major depression in midlife: A propensity score analysis. *Clinical Psychological Science*, *2*(3), 249-257. https://doi.org/10.1177/2167702613498727

Sbarra, D. A., Bourassa, K. J. y Manvelian, A. (2019). Marital separation and divorce: Correlates and consequences. In B. H. Fiese, M. Celano, K. Deater-Deckard, E. N. Jouriles y M. A. Whisman (Eds.), *APA handbook of contemporary family psychology: Foundations, methods, and contemporary issues across the lifespan* (pp. 687–705). American Psychological Association.

Scott, K. M., Wells, J. E., Angermeyer, M., Brugha, T. S., Bromet, E., Demyttenaere, K., de Girolamo, G., Gureie, O., Haro, J. M., Jin, R., Nasser Karam, A., Kovess, V., Lara, C., Levinson, D., Ormel, J., Posada-Villa, J., Sampson, N., Takeshima, T., Zhang, M. y Kessler, R. C. (2010). Gender and the relationship between marital status and first onset of mood, anxiety and substance use disorders. *Psychological Medicine*, 40(9), 1495-1505. https://doi.org/10.1017/S0033291709991942

Scully, J. A., Tosi, H. y Banning, K. (2000). Life event checklists: Revisiting the Social Readjustment Rating Scale after 30 years. *Educational and Psychological Measurement*, 60(6), 864-876. https://doi.org/10.1177/00131640021970952

Shiner, M., Scourfield, J., Fincham, B. y Langer, S. (2009). When things fall apart: Gender and suicide across the life-course. *Social Science & Medicine*, 69(5), 738-746. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.06.014

Sinha, M. (2014, febrero). *Parenting and child support after separation or divorce*. Statistics Canada. Recuperado el 16/4/2021, de https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/89-652-x/89-652-x2014001-eng.pdf?st=LnQ0PX2k

Smith, H. (2013). *Men on strike: Why men are boycotting marriage, fatherhood, and the American dream - and why it matters*. Encounter Books.

Spruijt, E., DeGoede, M. y Vandervalk, I. (2001). The well being of youngsters coming from six different family types. *Patient Education and Counselling*, 45(4), 285-294. https://doi.org/10.1016/S0738-3991(01)00132-X

Stack, S. (2000). Suicide: A 15-year review of the sociological literature. Part II: Modernization and social integration perspectives. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 30(2), 163-176. https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.2000.tb01074.x

Statistics Canada. (2017, 2 de agosto). *Portrait of children's family life in Canada in 2016*. Statistics Canada. Recuperado el 21/4/2021, de https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/as-sa/98-200-x/2016006/98-200-x2016006-eng.cfm

Stevenson, B. y Wolfers, J. (2007). Marriage and divorce: Changes and their driving forces. *Journal of Economic Perspectives*, 21(2), 27-52. https://doi.org/10.3386/w12944

Struszczyk, S., Galdas, P. M. y Tiffin, P. A. (2017). Men and suicide prevention: A scoping review. *Journal of Mental Health*, 28(1), 80-88. https://doi.org/10.1080/09638237.2017.1370638

Tsai, A. C., Lucas, M., Sania, A., Kim, D. y Kawachi, I. (2014). Social integration and suicide mortality among men: 24-year cohort study of U.S. health professionals. *Annals of Internal Medicine*, 161(2), 85-95. https://doi.org/10.7326/M13-1291

Umberson, D., Thomeer, M. B. y Williams, K. (2013). Family status and mental health: Recent advances and future directions. In C. S. Aneshensel, J. C. Phelan y A. Bierman (Eds.), *Handbook of the sociology of mental health* (2nd ed., pp. 405-431). Springer Science + Business Media.

United States Census Bureau (2016, 17 de noviembre). *The majority of children live with two parents, Census Bureau reports*. U.S. Census Bureau. Recuperado el 21/4/2021, de https://www.census.gov/newsroom/press-releases/2016/cb16-192.html

United States Census Bureau (2019a, October 16). America's families and living arrangements: 2019. *U.S. Census Bureau*. Recuperado el April 21, 2021, de https://www.census.gov/data/tables/2019/demo/families/cps-2019.html.

United States Census Bureau (2019b, 19 de noviembre). *One-person households on the rise*. U.S. Census Bureau. Recuperado el 21/4/2021, de https://www.census.gov/library/visualizations/2019/comm/one-person-households.html

U.S. Department of Justice. (1998, 5-7 de enero). *What can the federal government do to decrease crime and revitalize communities?* U.S. Department of Justice. Recuperado el 16/4/2021, de https://www.ojp.gov/pdffiles/172210.pdf

van de Kaa, D. J. (1987). Europe's second demographic transition. *Population Bulletin* 42(1), 1-59.

van IJzendoorn, M. H., Euser, E. M., Prinzie, P., Juffer, F. y Bakermans-Kranenburg, M. J. (2009). Elevated risk of child maltreatment in families with stepparents but not with adoptive parents. *Child Maltreatment*, 14(4), 369-375. https://doi.org/10.1177/1077559509342125

Victorino, C. C. y Gauthier, A. H. (2009). The social determinants of child health: Variations across health outcomes – A population-based cross-sectional analysis. *BMC Pediatrics*, 9(53). https://doi.org/10.1186/1471-2431-9-53

Wang, J., Mann, F., Lloyd-Evans, B., Ma, R. y Johnson, S. (2018). Associations between loneliness and perceived social support and outcomes of mental health problems: A systematic review. *BMC Psychiatry*, 18(156). https://doi.org/10.1186/s12888-018-1736-5

Wang, W. y Parker, K. (2014, 24 de septiembre). *Record share of Americans have never married*. Pew Research Center. Recuperado el 21/4/2021, de https://www.pewresearch.org/social-trends/2014/09/24/record-share-of-americans-have-never-married/

Whitley, R. (2020, 8 de julio). A silent crisis. The ACU Review. Recuperado el 20/4/2021, de https://www.acu.ac.uk/the-acu-review/a-silent-crisis/

Whitley, R. y McKenzie, K. (2005) Social capital and psychiatry: Review of the literature. *Harvard Review of Psychiatry* 13(2), 71-84. https://doi.org/10.1080/10673220590956474

Whitley, R. y Zhou, J. (2020). Clueless: An ethnographic study of young men who participate in the seduction community with a focus on their psychosocial well-being and mental health. *PLoS One*, 15(2), e0229719. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0229719

Wight, R, G., LeBlanc, A. J. y Badgett, M. V. L. (2012). Same-sex legal marriage and psychological well-being: Findings from the California Health Interview Survey. *American Journal of Public Health*, 103(2), 339-346, https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301113

Wilson, D. (2012). *Father hunger: Why God calls men to love and lead their families*. Thomas Nelson.

Wyllie, C., Platt, S., Brownlie, J., Chandler, A., Conolly, S., Evans, R., Kenelly, B., Kirtley, O., Moore, G., O'Connor, R. C. y Scourfield, J. (2012, octubre). Men, suicide and society: Why disadvantaged men in mid-life die by suicide. Samaritans. Recuperado el 20/4/2021, de https://media.samaritans.org/documents/Samaritans_MenSuicideSociety_ResearchReport2012.pdf

YouGov. (2019). *Friendship*. YouGov. Recuperado el 16/4/2021, de https://d25d2506sfb94s.cloudfront.net/cumulus_uploads/document/m97e4vdjnu/Results%20for%20YouGov%20RealTime%20%28Friendship%29%20164%205.7.2019.xlsx%20%20%5BGroup%5D.pdf

Capítulo 10
La salud mental de los hombres: es tiempo de un cambio de paradigma

Resumen

Los datos presentados en este libro llaman a la necesidad de un cambio de paradigma en el campo de la salud mental de los varones. Esto debe implicar el abandono de las tópicas y manidas explicaciones monocausales de que los problemas de salud mental del varón están causados por factores como la *masculinidad tóxica* o su supuesto analfabetismo emocional. En su lugar, debemos avanzar hacia una perspectiva más holística e interdisciplinaria inspirada en la salud pública y basada en evidencias científicas sólidas, en lugar de ideologías controvertidas no científicas. Este cambio de paradigma debería incluir cinco elementos específicos: 1) una mayor consideración de la compleja red de causalidad y de los determinantes socioculturales de los problemas de salud mental de los varones, especialmente en relación con otros factores como la educación, el empleo y la familia; 2) reconocer, respetar y aprovechar el útil papel de la masculinidad tradicional en la promoción y el fomento de propia la salud mental de los hombres; 3) adoptar un enfoque positivo de la salud mental de los hombres y los niños, en lugar de establecer un enfoque negativo basado en la culpabilización de sus déficits; 4) alejarse de las dicotomías simplistas y de los estereotipos perjudiciales que consideran a to-

dos los hombres como intrínsecamente privilegiados o malvados y, por lo tanto, indignos de atención; y 5) desarrollar políticas, programas y procedimientos basados en el género, en la atención sanitaria y en otros ámbitos que sean favorables a los hombres e integren las experiencias masculinas comunes.

Palabras clave: salud mental masculina, masculinidad, determinantes sociales, apoyo social, política de salud mental, salud pública.

10.1 Determinantes socioculturales de la salud mental

En un pasado no muy lejano, un joven que entraba en la edad adulta solía tener tres expectativas razonables respecto a su futura trayectoria vital. En primer lugar, los hombres esperaban una ocupación estable -o incluso un trabajo para toda la vida- que les proporcionara respaldo económico, propósito y camaradería a lo largo de su vida. En segundo lugar, los hombres esperaban ser propietarios de una vivienda o, al menos, tener seguridad en la disponibilidad de la misma; un pequeño rincón de la tierra que pudieran llamar suyo, con seguridad para ellos y sus familias. En tercer lugar, los hombres esperaban casarse, *establecerse* y formar una familia. De hecho, a menudo se buscaba una ocupación estable y la propiedad de la vivienda precisamente para sentar las bases de una vida familiar sólida y gratificante.

Un varón suele aplicar la energía de su vida en lograr y consolidar una vida laboral exitosa, una vida familiar gratificante

y una vida doméstica estable. El esfuerzo y la consecución de estos objetivos le proporcionaban un fuerte sentimiento de orgullo, propósito y significado vital, anclando positivamente su existencia psicológica, social y económica. Pero, como se ha comentado en los distintos capítulos de este libro, cada vez son más los hombres que tienen más dificultades para alcanzar estas aspiraciones masculinas comunes. La desaparición de la industria manufacturera, el aumento de los divorcios, las caídas del mercado de valores, la disminución de las redes de seguridad y la espiral de los precios de la vivienda han cambiado este panorama de forma irreconocible.

Este gran cambio sociocultural ha ido acompañado de otras vertiginosas transformaciones sociales, cuyo alcance y ritmo pueden no tener precedentes en comparación con épocas anteriores. Esto incluye cambios en diversos ámbitos como la educación, la religión, las relaciones entre sexos, la tecnología y la vida social en general. Por ejemplo, la afiliación a organizaciones como iglesias, sindicatos, legiones de veteranos, clubes deportivos y otras similares ha disminuido de forma considerable, lo que significa que los hombres suelen tener menos oportunidades de conocer y entablar amistad con otras personas de ideas afines (Putnam, 2000). Los datos presentados a lo largo de este libro sugieren que los hombres se están desvinculando cada vez más de las instituciones comunitarias ancestrales, como la familia extensa, las congregaciones religiosas, los sindicatos y otras comunidades locales. Estas instituciones pueden proporcionar confraternidad, identidad y sentido a la vida, impartiendo apoyo social y capital social que puede proteger la salud mental de los individuos contra la influencia patógena del estrés agudo y crónico. En palabras de

Putnam (2000), cada vez son más los hombres que *juegan solos a los bolos*, lo que da lugar a elevados índices de soledad y alienación en los hombres, tal y como se ha analizado en detalle en los capítulos anteriores.

El rabino Jonathan Sacks (2003) ha argumentado que una metáfora permanente de la época anterior a la guerra mundial era la física newtoniana con su orden y previsibilidad. Por el contrario, Sacks sostiene que una metáfora permanente de la era actual es el principio de incertidumbre de Heisenberg, caracterizado por una considerable ambigüedad e imprevisibilidad. El sociólogo William Ogburn (1922) afirmó que los rápidos cambios socioculturales suelen superar la capacidad psicosocial de los seres humanos para adaptarse, lo que denomina *retraso cultural.* Esto puede tener un impacto nefasto en la salud mental. De hecho, una tesis clave de este libro es que el rápido cambio cultural y el retraso cultural están teniendo un impacto nefasto en la salud mental y el bienestar de los hombres y los niños, y que:

1. Los hombres han sido las víctimas olvidadas y colaterales de ese rápido cambio sociocultural.
2. Muchos hombres han tenido muchas dificultades no reconocidas para adaptarse a estos cambios.
3. Ha habido poca respuesta legal o de servicios a las necesidades de los hombres en ese sentido.

Las amplias y rápidas transformaciones sociales en ámbitos como la educación, el empleo y la familia han creado una experiencia vital errática, impredecible y problemática para un

número creciente de hombres, y las investigaciones indican que esto puede contribuir a las dificultades de salud mental, como la depresión, los trastornos por consumo de sustancias y el suicidio.

Como se indicó en el capítulo 1, varios estudiosos han señalado que el discurso social más amplio en torno a la salud mental de los hombres ha adoptado a menudo un enfoque estrecho, basado en el déficit y que raya en la culpabilización de las víctimas, evitando un enfoque a nivel contextual que examine cuidadosamente el cambio social y los determinantes sociales. Se ha observado que este enfoque estrecho a menudo atribuye de forma singular la causa de los problemas de salud mental de los hombres a sus actitudes y comportamientos individuales, en lugar de reconocer una red de causalidad muy compleja. Este discurso simplista se centra a menudo en el concepto de *masculinidad*, y suele argumentar que la masculinidad tradicional es perjudicial para la salud mental de los hombres, y que estos son portadores de creencias, comportamientos y actitudes autodestructivas.

Por ejemplo, la Asociación Americana de Psicología (APA, 2018) publicó recientemente las *Guidelines for Psychological Practice with Boys and Men.* Se trata de un documento de 31 páginas donde se manifiesta que su objetivo es el ayudar a los clínicos en ejercicio a involucrar mejor a los hombres en el tratamiento de la salud mental y fomentar su recuperación. Es destacable en este documento la patologización continua de la *masculinidad tradicional*, afirmando al principio del documento que "se ha demostrado que ajustarse a la ideología de la masculinidad tradicional limita el desarrollo psicológico de los varones [...] e influye negativamente en la salud mental". Entre los supuestos rasgos de

masculinidad tradicional que pueden limitar el desarrollo psicológico e influir negativamente en la salud mental se indican el *riesgo*, el *logro*, la *aventura* y *el éxito, el poder y la competitividad*. Estas directrices implican que los psicólogos deben transformar (o emascular) a los hombres tradicionalmente masculinos en una nueva forma de hombre, desprovisto de masculinidad, mediante la reeducación y la terapia. Este enfoque es peligroso por muchas razones. En primer lugar, enmarca implícitamente a los hombres como una versión psicológicamente defectuosa de las mujeres, adoptando un enfoque basado en el déficit que simultáneamente estigmatiza y culpa a los propios hombres de sus problemas de salud mental. En segundo lugar, el enfoque terapéutico propuesto tiene ecos de la terapia de conversión; una práctica pseudocientífica, ineficaz y perjudicial que se utilizó en un intento de transformar a los hombres homosexuales en heterosexuales, y que recientemente ha sido prohibida en varios países. En tercer lugar, la patologización de la masculinidad tradicional parece basarse en una ideología anacrónica y no en pruebas científicas, como se expone en la sección siguiente.

10.2 La masculinidad tradicional: ¿aliada o enemiga de la salud mental?

La APA no es la única que relaciona la masculinidad tradicional con la mala salud mental. Este vínculo ha sido establecido por algunos académicos que trabajan en campos como los *estudios de género*, donde la masculinidad tradicional se patologiza de forma rutinaria, así como en otros sectores de la sociedad como los

medios de comunicación (*vid.* capítulo 1). Esta patologización también se manifiesta en un discurso insistente e incesante sobre la *masculinidad tóxica*. Pero, ¿es la masculinidad tradicional realmente perjudicial para la salud mental del varón? Tres importantes pruebas analizadas a lo largo de este libro indican que la masculinidad tradicional, *a contrario sensu*, puede ser muy positiva para la salud mental.

En primer lugar, las directrices de la APA sugieren que el *logro* y el éxito son rasgos de la masculinidad tradicional que pueden perjudicar la salud mental. Sin embargo, muchos estudios indican que los logros y el éxito están asociados a una salud mental positiva. Las considerables evidencias epidemiológicas revisadas en capítulos anteriores de este libro indican que los individuos que tienen éxito en la vida, como los graduados, los empleados y los felizmente casados, tienden a tener una mejor salud mental que las personas que abandonan la escuela secundaria, los desempleados y los solteros. La abundante literatura revisada y referenciada en este libro indica que el éxito y los logros están directamente correlacionados con aspectos positivos de la salud mental, mientras que la falta de éxito y logros está correlacionada con su opuesto, una mala salud mental. Este conocimiento es la base de la terapia cognitivo-conductual (TCC), una de las intervenciones psicológicas más eficaces basadas en la evidencia (Beck *et al.,* 1979). En la TCC, los clínicos suelen animar a sus pacientes a establecer y alcanzar objetivos y a adquirir con éxito nuevas habilidades. Esto puede dar lugar a logros y éxitos cuando se hace correctamente, lo que ha demostrado sistemáticamente que beneficia a la resiliencia psicológica (Beck, 1997). Sin embargo, la

APA ha ignorado la considerable evidencia de que estos aspectos de la masculinidad tradicional pueden ser beneficiosos para la salud mental de los varones.

En segundo lugar, las directrices de la APA también sugieren que la *aventura* y el *riesgo* son rasgos de la masculinidad tradicional que pueden perjudicar la salud mental. Sin embargo, un amplio corpus de investigación indica que los hombres que participan en alguna forma de aventura y riesgo tienen mejor salud mental que los hombres cuyas vidas se caracterizan por la ociosidad y la inactividad. Por ejemplo, las investigaciones indican que las tasas de suicidio entre los militares en activo son inferiores a las de la población general, mientras que los militares veteranos tienen tasas de suicidio más altas que la población general (US Department of Defense, 2020; US Department of Veterans Affairs, 2020). Esto se ha atribuido a varios factores, como la relativa falta de aventura y sentido de la misión en la vida civil en comparación con la vida arriesgada y llena de acción dentro de las distintas ramas del ejército (Junger, 2016). Además, las intervenciones que implican la aventura y la asunción de riesgos, como las intervenciones de actividades al aire libre, las intervenciones de ejercicio físico y los cobertizos para hombres, pueden ser muy eficaces para mejorar su salud mental, como se analizó en detalle en el capítulo 6. Del mismo modo, el capítulo 5 indicó que los hombres cuyas vidas se caracterizan por la inactividad y la apatía son propensos a la depresión. Una vez más, este conocimiento se ha integrado en la TCC, en la que a menudo se anima a los pacientes a ser aventureros y a asumir riesgos. También por ejemplo, en la TCC se anima a las personas con ansiedad social

a arriesgarse mediante la exposición controlada a situaciones que provocan ansiedad, como hablar en público, un enfoque eficaz que concuerda con la proclividad masculina común a desplegar proactivamente la acción ante las dificultades.

En tercer lugar, la literatura indica que la *ausencia de masculinidad* puede ser perjudicial para la salud mental de los hombres y los niños, mientras que la *presencia de masculinidad* puede conducir a resultados positivos. Por ejemplo, las investigaciones sobre el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (*vid.* capítulo 4), así como otras variables psicosociales (*vid.* capítulo 7) indican que los niños criados por madres solteras tienen resultados en salud mental considerablemente inferiores con respecto a los niños criados por familias intactas o por padres solteros. Asimismo, una de las teorías que explican el bajo rendimiento escolar de los niños está relacionada con la falta de profesores masculinos (y de otros modelos masculinos en sí) para aquellos. Esto significa que muchos niños pueden pasar los años de formación de su vida con poca exposición a la tutoría, la orientación o el apoyo masculino. No cabe duda de que las madres y las maestras suelen esforzarse al máximo, a menudo en circunstancias difíciles, pero las evidencias indican, indudablemente, que esta ausencia de masculinidad está perjudicando la salud mental de los niños y los jóvenes. Del mismo modo, no es menos cierto que un conjunto creciente de investigaciones indica que la masculinidad exacerbada puede provocar problemas de salud mental en los hombres adultos. Por ejemplo, un estudio descubrió que los hombres refugiados con problemas de salud mental atribuían sus problemas de comportamiento y emocionales a la incapacidad

de cumplir adecuadamente el papel de proveedor y protector en el país de acogida (Affleck *et al.,* 2018). Curiosamente, algunos hombres informaron que superaron estos sentimientos de redundancia asumiendo roles de liderazgo y tutoría en su comunidad de inmigrantes, lo que ayudó a reconstruir su identidad masculina, que a su vez fomentó la resiliencia y la recuperación.

En resumen, las pruebas sugieren que la masculinidad tradicional puede ser útil para la salud mental de los hombres y los niños, lo que implica que los médicos y los servicios que trabajan con la masculinidad (en lugar de hacerlo en contra) serán eficaces para involucrar a los hombres y promover su salud mental. Y es por ello, que algunas de las intervenciones analizadas en el capítulo 6 se muestran cada vez más populares.

10.3 El enfoque basado en los puntos fuertes

Gran parte de la literatura examinada en este libro indica que el discurso y la práctica del cuidado asistencial de la salud mental del varón todavía adoptan con frecuencia un enfoque basado en el déficit que culpabiliza a las propias víctimas. Un ejemplo de este discurso es la atención indebida que se presta a los hombres que *encorsetan las cosas*, con el estímulo concomitante para que superen este déficit *abriéndose más* y hablando de sus sentimientos. Otro ejemplo es la patologización del riesgo -como se observa en las directrices de la APA antes mencionadas-, donde los hombres aventureros que se arriesgan son reprendidos o estigmatizados como portadores de una *masculinidad tóxica*.

Este planteamiento no solo es revictimizador e injusto, sino que muestra una lamentable ignorancia de la realidad de la vida de muchos hombres. Por ejemplo, las investigaciones indican que los hombres corren más riesgos que las mujeres, pero a menudo lo hacen en cumplimiento de su papel de proveedor de recursos y sostén de la familia (Byrnes *et al.,* 1999). Los hombres muy a menudo no pueden abandonar sin más ocupaciones intrínsecamente arriesgadas como la minería, la pesca, la marina, el ejército o la industria manufacturera, cuando ese empleo beneficia a los propios hombres, a sus familias y a la sociedad en su conjunto. Este es especialmente el caso de los hombres que viven en ciudades pequeñas y zonas rurales donde puede haber pocas opciones de empleo alternativas. Como señala Seager (2019, p.237), "es adaptativo desconectar de la vulnerabilidad emocional y centrarse en el rendimiento de las tareas" cuando se trabaja en esos empleos, y los llamamientos manidos para que los hombres en esas ocupaciones hablen más de su salud mental niegan el hecho de que esto puede tener consecuencias negativas para la permanencia en el puesto, la promoción y la seguridad del empleo.

Además, muchos hombres están condicionados socialmente a sacrificarse por un bien mayor; un proceso de aprendizaje cultural en el que los hombres son muy conscientes de la norma de *las mujeres y los niños primero* que subyace en la sociedad. Esta norma se evidenció en el ejemplo ya clásico del hundimiento del Titanic, cuando los hombres organizaron apresuradamente la evacuación para que la gran mayoría de las mujeres y los niños pudieran sobrevivir al naufragio. Esta norma moral también lleva a los hombres a dedicarse a ocupaciones de riesgo, como el ejér-

cito, para mantener a sus esposas e hijos, mientras defienden a su país. Cabe destacar que las normas militares de todo el mundo esperan que tanto los oficiales como los suboficiales pongan en primer lugar el éxito de la misión, en segundo lugar el bienestar de sus hombres y en último lugar su propio bienestar cuando están actuando en el campo de operaciones. Esta norma también subyace tácitamente en los comportamientos sanitarios cotidianos de los hombres civiles; un estudio mostró que los hombres no estaban dispuestos a acudir a los servicios sanitarios con dolencias supuestamente menores porque no querían hacer perder el tiempo al médico o *armar una tormenta por una minucia* (O'Brien *et al.,* 2005). Todo esto significa que los llamamientos simplistas, trillados y basados en el déficit para que los hombres simplemente *hablen más*, *se abran* o *busquen ayuda* ignoran las realidades sociales, e incluso también pueden vulnerar normas sociales e instintos masculinos profundamente arraigados.

Como se describió en el capítulo 6, este enfoque negativo basado en los déficits puede resultar profundamente inoportuno para los varones con dificultades de salud mental, lo que significa que debemos alejarnos de un discurso que reprende y culpa a los hombres por sus problemas de salud mental. En su lugar, los médicos y los proveedores de servicios sanitarios, en el cuidado de la salud mental de los hombres y los niños deberían adoptar un enfoque positivo basado en las fortalezas de la masculinidad, trabajando con la esencia de ella que aprovecha las actividades y virtudes masculinas tradicionales. Esto significa alejarse de un enfoque que patologiza la masculinidad y exige su reeducación, aproximándose hacia un enfoque que aprovecha la propia mascu-

linidad, en un círculo virtuoso, para promover la salud mental de los hombres. Ashfield y Gouws (2019) afirman que este enfoque debe implicar "poner en primer plano la aptitud masculina, no la ineptitud". De hecho, este es el mensaje principal del capítulo 6, que indica que las intervenciones exitosas centradas en los hombres suelen aprovechar las inclinaciones masculinas comunes, como las tendencias a ser prácticos, activos, creativos, generadores, productivos y solidarios. Como se explica en el capítulo 5, algunas investigaciones indican que el aprovechamiento de esas virtudes masculinas tradicionales puede mitigar problemas de salud mental como la depresión (Krumm *et al.,* 2017). Estas investigaciones deben tomarse en serio.

En consecuencia, un enfoque basado en los puntos fuertes debe ser el punto de partida de cualquier interacción clínica, iniciativa de promoción de la salud o intervención de los servicios sanitarios que intente mejorar la salud mental de los hombres o los niños. Este enfoque es sólido desde el punto de vista ético y favorable a los hombres. Una revisión reciente señala que la utilización de un enfoque basado en las fortalezas mejora los resultados, incluidos el sentido de la esperanza, la autoeficacia, los logros educativos y el empleo, al tiempo que reduce las tasas de hospitalización (Tse *et al.,* 2016). En otras palabras, puede abordar muchos de los problemas funcionales identificados en este libro, como el desempleo y el abandono escolar, al tiempo que mejora el bienestar psicológico interno. Como tal, la adopción generalizada de este enfoque debiera ser una parte importante de cualquier cambio de paradigma.

10.4 Estereotipos, sesgos y prejuicios

Tal y como se argumentó en el capítulo 1, la palabra *género* suele utilizarse de forma eufemística para referirse a las *mujeres* en las políticas públicas y en la investigación sanitaria, lo que significa que se pasan por alto o se ignoran cuestiones que afectan de forma desproporcionada a los hombres y a los niños. Este fenómeno se denomina *ceguera de género masculina* y se analizó detalladamente en el capítulo 1, con diversos ejemplos expresados en capítulos posteriores. Además, cuando se habla de los hombres y los niños, a menudo se hace de forma punitiva o poco empática, una manifestación de la *brecha de empatía de género*, también tratada en detalle en el capítulo 1. Esto puede implicar el uso frecuente de conceptos estigmatizantes que lo abarcan todo, como describir la masculinidad como *tóxica*, un adjetivo ampliamente peyorativo que no se utiliza para referirse a ningún otro grupo de la sociedad más allá de los varones. Este discurso también puede estereotipar a los hombres como beneficiarios de un supuesto e intangible *privilegio masculino*, un estereotipo basado en inferencias y extrapolaciones erróneas, fenómeno a veces conocido como la *falacia de la cúspide*.

La *falacia de la cúspide* se refiere a la tendencia a suponer que todos los hombres son privilegiados, basándose en el conocimiento fundado de que ellos dominan los escalones superiores de la sociedad en términos de representación entre los jefes de Estado, los parlamentarios, los jueces, los directores ejecutivos y otros cargos superiores. Sin embargo, estos hombres constituyen una proporción insignificante de la población masculina y, como se

argumenta a lo largo de este libro, los hombres también dominan los escalones inferiores de la sociedad. Por ejemplo, los hombres constituyen la gran mayoría de las personas sin hogar, encarceladas o lesionadas en el trabajo (*vid.* capítulos 1 y 8) y también muestran tasas mucho más elevadas de suicidio y de trastornos por consumo de sustancias. Además, existen muy pocos servicios sanitarios o clínicas específicas dedicadas a la salud masculina, recibiendo los problemas de los varones poca atención en la sociedad en general.

Esta situación la resumen Seager *et al.* (2014), al manifestar que "la mayoría de las personas poderosas pueden seguir siendo hombres, pero la mayoría de los hombres no son personas poderosas [...] y la desigualdad de género se considera que solo afecta a las mujeres". El hundimiento del Titanic ilustra este punto, con cifras que indican que el 97% de las pasajeras de primera clase sobrevivieron, en comparación con el 8% de los hombres que viajaban en segunda clase (Seager *et al.,* 2016). Uno de los argumentos centrales de este libro es que grandes grupos de hombres carecen de todo poder y privilegio, pero tomando la parte por el todo, sus problemas suelen ser ignorados o pasados por alto, en parte debido a los prejuicios y estereotipos descritos anteriormente, que consideran a todos los hombres como privilegiados y, por tanto, indignos de atención.

Algunos estudiosos, también han argumentado que los hombres como grupo pueden ser demonizados en contextos particulares, por ejemplo en los campus universitarios (*vid.* capítulo 7), donde la paranoia sexual y las campañas relacionadas pueden enviar un mensaje sutil de que todos los hombres jóve-

nes son *violadores potenciales* y una amenaza para la seguridad comunitaria (MacDonald, 2018; Kipnis, 2017). Además, ha habido muchos casos bien documentados en los que hombres y mujeres han intentado organizar debates sobre cuestiones que afectan a la salud mental de los hombres en el campus, pero se han tenido que enfrentar a la hostilidad y el vandalismo. Por ejemplo, un grupo de estudiantes masculinos y femeninos de la Universidad de Ryerson (Canadá) creó un grupo sobre cuestiones masculinas, en el que la salud mental de los hombres constituía un tema central. El sindicato de estudiantes de la Universidad de Ryerson denegó sistemáticamente a este grupo su estatus oficial (Csanady, 2016). Un fenómeno similar ocurrió en la Universidad de Durham (Reino Unido), donde a un grupo de debate sobre temas masculinos se le ha negado el reconocimiento oficial durante muchos años (Daubney, 2015). Asimismo, como ya se comentó en el capítulo 7, la University of Toronto Men's Issues Society invitó al prestigioso Dr. Warren Farrell a conversar sobre la salud mental de los hombres, pero su conferencia fue recibida con protestas y vandalismo por parte de los manifestantes (Smeenk, 2012).

Esto crea una situación paradójica que ha sido denominada como *el doble vínculo* o *bucle de la salud mental masculina* (Whitley, 2019). A menudo se dice que el silencio es perjudicial para la salud mental de los hombres y en las redes sociales y en otros lugares se hacen frecuentes llamamientos, como decíamos anteriormente, para que los hombres *hablen más* y *se abran* sobre su salud mental (*vid*. capítulo 1). Pero los intentos de hablar de los problemas de los varones pueden

enfrentarse a la obstrucción y la hostilidad, enfrentándose a menudo a situaciones locales en las que se les dice implícita o explícitamente que guarden silencio, que hablen menos y que *comprueben sus privilegios*.

Un ejemplo del *doble vínculo* de la salud mental masculina procede (de forma un tanto paradójica) del mundo de la psicología académica. En el Reino Unido, varios psicólogos destacados han creado recientemente un grupo de psicología masculina que ofrece conferencias públicas, un sitio web, un boletín informativo y un espacio social para debatir sobre la salud mental de los hombres. A medida que el grupo crecía, sus dirigentes solicitaron que fuera reconocido como una sección oficial de la British Psychological Society (BPS), lo cual requeriría una votación de todos los miembros de esa entidad. Curiosamente, a esta solicitud se opuso un grupo organizado con su propia página web titulada *no a la psicología masculina*, que hizo campaña a favor del voto negativo. En la votación resultante, más de 4.000 miembros de la BPS votaron con dos tercios a favor de la nueva sección (Male Psychology Network, 2019). Esta fue una buena noticia para todos los que se preocupan por la salud mental de los hombres, pero no puede pasar desapercibido que alrededor de 1 de cada 3 miembros de la BPS (que votaron) fueron contrarios a una sección de psicología masculina. Los mensajes negativos que subyacen a este doble vínculo dependen de los prejuicios y estereotipos del inconsciente colectivo, discutidos en el capítulo 1 y a lo largo de este libro y, como dijimos, deben ser abordados como parte de cualquier cambio de paradigma en el tratamiento la salud mental de los hombres.

10.5 Políticas, programas y procedimientos favorables a los hombres

A lo largo de este libro se ha argumentado que existe una falta de programas, políticas y procedimientos favorables a los hombres en varios sectores de la sociedad, como en las instituciones educativas, las clínicas de atención sanitaria, las iniciativas de promoción de la salud, el sistema jurídico y la aplicación de la ley. En algunas situaciones, estas lagunas pueden abordarse adoptando el mencionado modelo basado en los puntos fuertes o fortalezas, al tiempo que se tienen en cuenta los determinantes sociales de la ayuda. Sin embargo, las instituciones pueden adoptar también otras medidas adicionales para hacer frente a esta situación; a continuación se exponen tres posibles medidas concretas.

Primeramente, se ha argumentado con frecuencia que es importante que haya más hombres trabajando en los servicios en los que actualmente se observa una falta de ellos (Johal *et al.,* 2012; Wilkins y Kemple, 2010). Esto podría hacer posible que esos servicios fueran más adecuados y atractivos para los hombres. Por ejemplo, existen muy pocos profesores varones en el nivel de educación primaria (*vid*. capítulo 7); Sax (2016) señala que el único varón presente en algunas escuelas primarias es el conserje. Del mismo modo, las profesiones como la psicología clínica y el trabajo social son ejercidas muy mayoritariamente por las mujeres, lo que puede dificultar en ocasiones la dinámica de trabajo para los usuarios masculinos que tal vez puedan preferir un terapeuta o trabajador social de apoyo masculino. Cabe destacar que en las universidades de todo el mundo se dan intensas

campañas bien financiadas para animar a las mujeres a entrar en los campos de las ciencias, la tecnología y la ingeniería, pero a la vez se dan muy pocos esfuerzos equivalentes que animen a los hombres a entrar en campos dominados por las mujeres, como la educación primaria o el trabajo social. Esto podría abordarse mediante iniciativas locales, nacionales o institucionales, inspiradas en los mismos esfuerzos antes mencionados para animar a las mujeres (y a otros grupos infrarrepresentados) a entrar en los campos de disciplinas STEM. Aumentar la proporción de varones en estos campos puede tener un efecto beneficioso de varias maneras. Por una parte, puede proporcionar a los jóvenes y a los adultos masculinos vulnerables, unos modelos masculinos útiles y la orientación concomitante de hombres realizados. Por otra parte, puede contribuir a la introducción de la perspectiva masculina en instituciones como las escuelas primarias, hasta ahora dominadas por las mujeres, lo que quizás pueda conducir a actividades más favorables a los hombres. Adicionalmente, los hombres que trabajan en estas profesiones pueden combinar y aportar su experiencia y riqueza profesional y vital para ayudar a crear nuevas intervenciones y programas favorables a los varones.

En segundo lugar, existe una necesidad acuciante de reflexión, innovación y reforma institucional para garantizar que los programas, políticas y procedimientos no sean desfavorables a los varones. Esto puede ocurrir en las escuelas y los lugares de trabajo, así como en sistemas sociales más amplios, como los sistemas jurídicos y los organismos encargados de hacer cumplir la ley. Muy frecuentemente, muchos hombres informan de experiencias adversas dentro del sistema legal, con la percepción

común de que existe un doble rasero en juego. Los datos revisados en el capítulo 1 indican que los hombres sufren violencia doméstica en porcentajes similares a los de las mujeres, pero a menudo informan de que sus denuncias son tratadas con burla, risa o indiferencia. Sin embargo, cuando se les acusa de este tipo de abusos, los varones pueden encontrar todos los recursos del Estado movilizados contra ellos, incluso ante pruebas poco sólidas, con lo que ello implica de vulneración de la presunción de inocencia y por lo tanto, de uno de los derechos humanos más esenciales. Del mismo modo, muchos hombres han denunciado experiencias adversas en los tribunales de familia; los datos presentados en el capítulo 9 sugieren que menos del 20% de los hombres reciben la custodia completa de sus hijos (en España, solo un 7% en contenciosos judiciales de familia). Esto puede suponer un duelo en vida para los hombres afectados, y se ha implicado en las altas tasas de suicidio entre los hombres divorciados y separados (*vid.* capítulo 2). Este trato diferenciado y segregacionista a manos del Estado significa que para muchos hombres existe un sistema legal pero no un sistema de justicia; significa que existe una administración de justicia que a menudo no se ajusta al ideal y valor natural de la Justicia, ciega en el sentido de imparcial. Esta cuestión implica una necesidad urgente de reforma, la cual podría adoptar la forma de educación y formación, para ayudar a reducir los prejuicios y estereotipos de los principales interesados, en agentes sociales implicados como son la policía, la judicatura, los proveedores de atención sanitaria, los profesores y otras personas que sirven a la sociedad. Dichos esfuerzos educativos deberían tener como objetivo

ofrecer e ilustrar a los educandos con las experiencias de los varones, al tiempo que se les desentraña de los prejuicios comunes y los estereotipos de género expresados en el capítulo 1.

En tercer lugar, se hacen necesarias estrategias locales, regionales y nacionales para abordar algunos de los problemas principales identificados en este libro. Estas estrategias debieran desarrollarse, tras consultar la literatura de investigación pertinente, con la aportación de los principales implicados, incluidos los proveedores de servicios, las organizaciones sin ánimo de lucro, las asociaciones comunitarias y cualquier otra entidad o persona que se preocupe por el bienestar de los hombres y los niños. Una vez elaborada, se puede encargar a una oficina especializada la aplicación de la estrategia y el seguimiento de los avances. Existen algunos precedentes en este sentido. En Canadá, el gobierno cuenta con una ministra dedicada a los asuntos de la mujer que está a cargo de un *Department for Women and Gender Equality* gubernamental que (entre otras cosas) financia proyectos en áreas como "poner fin a la violencia contra las mujeres y las niñas; mejorar su seguridad económica y prosperidad; y alentarlas en los roles de liderazgo" (Department for Women and Gender Equality, 2020).

En España, el Ministerio de Igualdad, creado con el fin de velar y promover la igualdad efectiva entre sexos, principio ya garantizado ancestralmente por la máxima norma legislativa del país desde 1978, orienta todas sus políticas y programas a la procura del bienestar y los cuidados de mujeres y niñas, descuidando más que ostensiblemente la atención y dejando huérfanos de cobertura asistencial a los hombres y los niños. Esta cuestión se hace aún más grave al poner el dato anterior en conexión con

las dotaciones económicas y presupuestarias públicas a tal organismo. El Ministerio de Igualdad es dotado actualmente en los Presupuestos Generales del Estado con un abultado presupuesto creciente de más de 500 millones de euros anuales (Ministerio de Igualdad, 2021). Y complementariamente existe un plan transversal interministerial, el *Plan Estratégico para la Igualdad Efectiva entre Hombres y Mujeres*, dotado con la exorbitante cifra de más de 20.000 millones de euros para el periodo 2022-2025 (Ministerio de Igualdad, 2022). El agravio y la desproporción están más que servidos.

Del mismo modo, el Presidente de EE. UU. cuenta con el asesoramiento de un recién creado *White House Gender Policy Council*, que (a pesar de su nombre genérico) se centra exclusivamente en los asuntos en relación a las mujeres y las niñas (The White House, 2021). Dicho Consejo fue creado por un extenso decreto presidencial y tiene la tarea de "desarrollar una estrategia de todo el gobierno para avanzar en la equidad e igualdad de género [...] al desarrollar la estrategia, el Consejo deberá considerar las experiencias y necesidades únicas de las mujeres y las niñas". Cabe destacar que no hay ni una sola mención a los hombres o a los niños en ninguna parte de esta orden ejecutiva de 2.000 palabras, mostrando así una vez más la *ceguera de género masculina* y la *brecha de empatía de género* de la que se trató en el capítulo 1.

Dada la gravedad de las numerosas cuestiones que se tratan en este libro, tal vez vaya siendo hora de crear y financiar oficinas, estrategias y ministerios gubernamentales análogos a los de las mujeres y niñas, que puedan velar por el promover la salud mental y el bienestar de los hombres y los niños.

10.6 Conclusión

La evidencia se muestra clara: es necesario y es el momento de un cambio de paradigma en el campo de la salud mental de los varones. Se hace preciso alejarnos de las explicaciones simplistas y sofistas acerca de la salud mental de los hombres, los cuales se centran en supuestos déficits psicológicos, para pasar a un debate sobre el contexto social y la compleja red multifactorial de causas. Sin duda, las evidencias sugieren que a un nivel individual los hombres pueden necesitar cambiar para mejorar su propia salud mental; sin embargo, los proveedores de servicios sanitarios, las instituciones educativas y la sociedad en su conjunto también necesitan cambiar. Esto significa desarrollar más empatía con los hombres y los niños, y menos ceguera de género masculina, así como políticas y programas impulsados por evidencias verdaderamente científicas en lugar de sesgos, prejuicios y estereotipos. Es importante que los distintos sectores del gobierno y de la sociedad civil reconozcan que los varones también experimentan problemas de género que pueden afectar a su salud mental, y que estos problemas deben abordarse de forma integral como parte esencial de una política pública verdaderamente inclusiva, integradora y empática. De lo contrario, cada vez más hombres se verán alienados y aislados de la sociedad, lo que comporta además de un potencial desperdiciado, sobretodo el resultado de familias destrozadas y vidas arruinadas. Se trata de un problema mortalmente grave que requiere de una acción concertada. Necesitamos un cambio de paradigma. Ahora.

Referencias

Affleck, W., Thamotharampillai, U., Jeyakumar, J. y Whitley, R. (2018). “If one does not fulfil his duties, he must not be a man”: Masculinity, mental health and resilience amongst Sri Lankan Tamil refugee men in Canada. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 42(4), 840-861. https://doi.org/10.1007/s11013-018-9592-9

American Psychological Association (APA). (2018, agosto). *APA guidelines for psychological practice with boys and men*. American Psychological Association. Recuperado el 11/5/2021, de https://www.apa.org/about/policy/boys-men-practice-guidelines.pdf

Ashfield, J. A. y Gouws, D. S. (2019). Dignifying psychotherapy with men: Developing empathic and evidence-based approaches that suit the real needs of the male gender. En J. A. Barry, R. Kingerlee, M. Seager y L. Sullivan (Eds.), *The Palgrave handbook of male psychology and mental health* (pp. 623-645). Palgrave Macmillan.

Beck, A. T. (1997). The past and future of cognitive therapy. *Journal of Psychotherapy Practice & Research, 6*(4), 276-284.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (Eds.). (1979). *Cognitive therapy of depression*. The Guilford Press.

Byrnes, J. P., Miller, D. C. y Schafer, W. D. (1999). Gender differences in risk taking: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 125(3), 367-383. https://doi.org/10.1037/0033-2909.125.3.367

Csanady, A. (2016, 12 de abril). Men’s issues group taking Ryerson University’s student union to court over club status. *The National Post*. https://nationalpost.com/news/canada/mens-issues-group-taking-ryerson-universitys-student-union-to-court-over-club-status

Daubney, M. (2015, 16 de junio). Why are our universities blocking men’s societies? *The Telegraph*. https://www.telegraph.co.uk/men/thinking-man/11670138/Why-are-our-universities-blocking-mens-societies.html

Department for Women and Gender Equality. (2020, 26 de noviembre). *Department for Women and Gender Equality – Women’s Program*. Government of Canada. Recuperado el 12/5/2021, de https://www.canada.ca/en/women-gender-equality/news/2019/03/department-for-women-and-gender-equality--womens-program.html

Johal, A., Shelupanov, A. y Norman, W. (2012, octubre). *Invisible men: Engaging more men in social projects*. The Young Foundation. Recuperado el 12/5/2021, de https://youngfoundation.org/wp-content/uploads/2012/10/INVISIBLE_MEN_-_FINAL.pdf

Junger, S. (2016). *Tribe: On homecoming and belonging*. Twelve.

Kipnis, L. (2017). *Unwanted advances: Sexual paranoia comes to campus*. Harper Collins.

Krumm, S., Checchia, C., Koesters, M., Kilian, R. y Becker, T. (2017). *Men's* views on depression: A systematic review and metasynthesis of qualitative research. *Psychopathology,* 50(2), 107-124. https://doi.org/10.1159/000455256

MacDonald, H. (2018). *The diversity delusion: How race and gender pandering corrupt the university and undermine our culture*. St. Martin's Press.

Male Psychology Network. (2019, agosto). *August 2019*. Male Psychology Network. Recuperado el 11/5/2021, de https://malepsychology.org.uk/male-psychology-network/vote-for-a-male-psychology-section/

Ministerio de Igualdad (2021, 15 de octubre). *El presupuesto de Igualdad para 2022 aumenta un 14,4% superando por primera vez los 500 millones de euros*. Recuperado el 9/5/2022, de https://www.igualdad.gob.es/comunicacion/notasprensa/Paginas/el-presupuesto-de-igualdad-para-2022-aumenta.aspx

Ministerio de Igualdad (2022, 8 de marzo). *El Consejo de Ministros aprueba hoy el nuevo Plan Estratégico para la Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres PEIEMH* (2022-2025). Instituto de las Mujeres. Ministerio de Igualdad. Recuperado el 9/5/2022, de https://www.inmujeres.gob.es/actualidad/noticias/2022/MARZO/planestrategico.htm

O'Brien, R., Hunt, K. y Hart, G. (2005). 'It's cavemen stuff, but that is to a certain extent how guys still operate': Men's accounts of masculinity and help seeking. *Social Science and Medicine*, 64, 503-526. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.12.008

Ogburn, W. (1922). *Social change with respect to nature and original cult*. Viking.

Putnam, R. D. (2000). *Bowling alone: The collapse and revival of American community*. Simon & Schuster.

Sacks, J. (2003). *The dignity of difference: how to avoid the clash of civilizations*. Continuum.

Sax, L. (2016). *Boys adrift: The five factors driving the growing epidemic of unmotivated boys and underachieving young men*. Basic Books.

Seager, M. (2019). From stereotypes to archetypes: An evolutionary perspective on male help-seeking and suicide. En J. A. Barry, R. Kingerlee, M. Seager y L. Sullivan (Eds.), *The Palgrave handbook of male psychology and mental health* (pp. 227-248). Palgrave Macmillan.

Seager, M., Barry, J. A. y Sullivan, L. (2016). Challenging male gender blindness: Why psychologists should be leading the way. *Clinical Psychology Forum*, 285, 35-40.

Seager, M., Sullivan, L. y Barry, J. (2014). The male psychology conference, University College London, June 2014. *New Male Studies: An International Journal*, 3(2): 41-68.

Smeenk, D. (2012, 17 de noviembre). Arrest, assaults overshadow "men's issues" lecture. *The Varsity*. https://thevarsity.ca/2012/11/17/arrest-assaults-overshadow-mens-issues-lecture/

The White House. (2021, March 8). *Executive order on establishment of the white house gender policy council*. The White House. Recuperado el 11/5/2021, de https://www.whitehouse.gov/briefing-room/presidential-actions/2021/03/08/executive-order-on-establishment-of-the-white-house-gender-policy-council/

Tse, S., Tsoi, E. W., Hamilton, B., O'Hagan, M., Shepherd, G., Slade, M., Whitley, R. y Petrakis, M. (2016). Uses of strength-based interventions for people with serious mental illness: A critical review. *The International Journal of Social Psychiatry*, 62(3), 281-291. https://doi.org/10.1177/0020764015623970

U.S. Department of Defense. (2020, 20 de agosto). *Annual suicide report: Calendar year 2019*. Defense Suicide Prevention Office. Recuperado el 11/5/2021, de https://www.dspo.mil/Portals/113/Documents/CY2019%20Suicide%20Report/DoD%20Calendar%20Year%20CY%202019%20Annual%20Suicide%20Report.pdf?ver=YOA4IZVcVA9mzwtsfdO5Ew%3D%3D#:~:text=The%20CY%202019%20suicide%20rate,100%2C000%20Active%20Component%20Service%20members

U.S. Department of Veterans Affairs. (2020). *2020 national veteran suicide prevention annual report*. U.S. Department of Veterans Affairs. Recuperado el 11/5/2021, de https://www.mentalhealth.va.gov/docs/data-sheets/2020/2020-National-Veteran-Suicide-Prevention-Annual-Report-11-2020-508.pdf

Whitley, R. (2019, 10 de junio). *The men's mental health double-bind*. Psychology Today. Recuperado el 11/5/2021, de https://www.psychologytoday.com/us/blog/talking-about-men/201906/the-men-s-mental-health-double-bind

Wilkins, D. y Kemple, M. (2010). The mental health of men and boys. *Mental Health Today*, 20-25.